

# **KÄSITYKSIÄ PSYKOSTIMULANTEISTA HOITOMENETELMÄNÄ JA PÄIHTEENÄ**

OLLI HÄRMÄ  
Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2016

Pro gradu –tutkielmassa tarkastellaan A-klinikkasäätiön ylläpitämällä Päihdelinkki-sivustolla (päihdelinkki.fi) käytyjä lääkestimulantteja koskevia keskusteluja. Keskiössä ovat tavat joilla käsitykset huumausaineeksi luokiteltavista lääkestimulanteista rakentuvat, kuinka niihin suhtaudutaan ja millaisia merkityksiä niihin liitetään eri lähtökohtiin nojaavissa nettikeskusteluissa. Tutkielmassa merkittävässä asemassa ovat myös ADHD- ja ADD-oireyhtymät, joiden oireiden hoidossa ensisijaisena lääkityksenä toimivat stimulantit.

Aineisto kerättiin Päihdelinkki-sivuston hakutoiminolla, hakusanoina käytettiin käsitteitä ADHD, metyyliifenidaatti, Concerta, deksamfetamiini, dexamfetamiini ja apteekkipiri. Viestit on rajattu vuoteen 2010–2016, ja sen jälkeen kirjoitettuihin viesteihin. Keskustelupalstojen valinta aineiston hankinnassa perustui nimimerkkien käyttöön pohjautuvaan anonymiteettiin, sekä keskustelupalstojen koko maan käsittävään kattavuuteen. Keskustelijoiden anonymiteetin sekä turvallisuuden vahvistamiseksi muutin lopulta myös alkuperäiset nimimerkit sekä huomioin muut keskusteluissa mahdollisesti esiintyneet, kirjoittajien tunnistettavuuteen liittyvät tekijät. Analysoitava aineisto kattaa 35 viestiketjua, jotka sisältävät yhteensä 132 viestiä.

Tutkielmassa aineiston käsittelyssä tukeudutaan diskurssianalyysiin. Diskurssianalyysin ohella teoreettisina lähtökohtina toimivat Erving Goffmanin teoria stigmasta (1963), Rom Harrén ajatus psykologisen avaruuden mallista (1983) sekä näitä tukeva George Herbert Meadin teoria minuuden rakentumisesta (1962).

Keskeisenä piirteenä näyttäytyy ADHD:n tai ADD:n melko vakiintunut asema osana stimulanteista käytävää niin päihde- kuin lääkekäyttöön liittyvää keskustelua. ADHD:n tai ADD:n mukaan tuominen keskusteluun asemoi osaltaan stimulantteja kohti lääketieteellistä aluetta, mutta samalla siirtää ADHD:ta ja ADD:ta kohti päihteistä käytävää keskustelua. Suhtautuminen stimulanttilääkitykseen päihteinä tai hoitomenetelmänä sitoutuu diagnoosin aitouteen. Diagnoosin aitous näyttäytyy jaottelua stimulanttien käyttäjien välille tuottavana tekijänä. Jaotteluun liittyvää ja sen kautta tapahtuvaa leimaamista ja leimautumista on niin ikään havaittavissa stimulanttien käyttöön liittyvien perusteluiden kohdalla. Verrattuna muihin väärinkäytön mahdollistaviin lääkkeisiin, näyttäytyvät stimulantit monesti huonossa valossa. Stimulanttien käyttöön oikeuttava ja käytön hyväksyttäväksi tekevä poikkeus liittyy jälleen ADHD- ja ADD-diagnoosien aitouteen niissäkin tapauksissa, missä lääkitykseen ja aitoon diagnoosiin liittyy päihdekäyttöä. Diagnoosin toteutustapa liittyy niin ikään siihen stimulanttien käytön hyväksyttävyyteen, millä viitataan yleistyneeseen, lyhyehköön kyselylomakkeeseen pohjautuvaan tapaan diagnoosien toteuttamisessa.

Avainsanat: ADHD, ADD, tarkkaavaisuushäiriö, stimulantti, piriste, diagnoosi, päihde, huume, lääke, stigma

## Sisällys

<b>1. Johdanto .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Tulkinnat ja käsitykset tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöstä eri aikakausina .....</b>	<b>3</b>
2.1.1. Ensimmäiset havainnot ja viime vuosisadan alku .....	3
2.1.2. Muutoksia 1950- ja 1960-luvuilla .....	4
2.1.3. 1970-luvulta kohti nykyaikaa .....	4
2.1.4. Vuosituhannen vaihteen jälkeen .....	5
<b>2.2. ADHD, ADD, aivot ja oireyhtymään johtavat tekijät .....</b>	<b>5</b>
<b>2.3. Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö aikuisilla .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4. Lääkehoito ja päihteet.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Tarkkaavaisuushäiriö minuutta muokkaavana ja leimaavana tekijänä .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. Tarkkaavaisuushäiriö ja minuuden rakentuminen vuorovaikutuksessa .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2. Tarkkaavisuushäiriöön liittyvä sosiaalinen leimaavuus.....</b>	<b>10</b>
<b>4. ADHD, lääkehoito ja päihteet tutkimuksen kohteena.....</b>	<b>11</b>
4.1. Lääkehoitoon liittyvät valinnat ja valinnan vaikeudet .....	13
4.2. Vanhemmat päätöksentekijöinä .....	13
4.3. Itsehoidosta lääkitykseen – aikuinen valinnan tekijänä .....	14
<b>5. Keskustelupalstat .....</b>	<b>16</b>
5.1. Perusteet keskustelupalstojen käyttöön .....	16
5.2. Keskustelupalstoihin liittyvät mahdolliset ongelmat.....	17
5.3. Psykologisen avaruuden mallista.....	17
5.4. Sähköinen vuorovaikutus ja julkistaminen .....	19
5.5. Tutkijan vastuu ja keskustelupalstojen edut.....	20
<b>6. Aineiston hankinta .....</b>	<b>20</b>
6.1. Tutkimusluvan hankkiminen ja aineistonkäytön rajoitukset .....	21
6.2. Aineiston kartoitus ja kerääminen .....	22
6.3. Analyysin toteuttaminen ja otteiden valinta .....	24
<b>7. Diskurssianalyysi menetelmänä.....</b>	<b>27</b>
7.1. Kielenkäyttö sosiaalisen todellisuuden rakentajana.....	28
7.2. Merkityssysteemeistä.....	29
7.3. Toiminnan kontekstuaalisuus ja toimijan kiinnittyminen merkityssysteemeihin .....	29
7.4. Kielenkäytön seurauksia tuottavasta luonteesta .....	30
<b>8. Analyysi ja tulokset .....</b>	<b>31</b>
8.1. Lääkkeen ja huumeen verrattavuus .....	32
8.2. Lääke ja resepti.....	35
8.3. Kohti hoitomenetelmää .....	36
8.5. Lähtökohtana lääkehoito .....	37
8.6. Päihteet, lääkitys ja lähipiiri .....	42
8.6.1. Omaisten asema ja osallisuus .....	43
8.6.2. Suhtautuminen diagnoosiin ja lääkehoidon tarpeellisuuteen .....	45
8.6.3. Aiemmat kokemukset määrittävänä tekijänä.....	47
8.7. Lääkehoito ja ADHD .....	51
8.8. Lääke vai päihde – käytön syy ja oikeutus .....	55
8.9. Sanavalinnat, diagnoosi ja käytötapa.....	64
<b>9. Pohdintaa ja yhteenvetoa.....</b>	<b>68</b>

9.1. Psykologisen avaruuden mallin suhde aineistoon .....	69
9.2. Lääkestimulantteihin liittyvä puhe ja sanavalinnat .....	70
9.3. Diagnoosin merkitys stimulanttien käytössä .....	71
9.4. Oletus leimautumisesta .....	72
9.5. Lopuksi .....	73
Lähteet.....	74
Liitteet .....	77



# 1. Johdanto

Pro gradu- tutkielmani käsittelee tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöitä sekä niissä lääkehoitona käytettyjä, huumausaineiksi luokiteltavia yhdisteitä. Suomessa tarkkaavaisuushäiriöitä on tutkittu aiemminkin. Oman pro graduni kannalta keskeistä on lääkestimulanttien mahdollinen väärinkäyttö. Siihen liittyvää tutkimustietoa ei Suomessa kuitenkaan ollut saatavilla vuoteen 2010 mennessä (Niemelä ym. 2010).

Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriötä ilmenee niin lapsilla kuin aikuisilla. Tutkielmassani tarkastelen itse tarkkaavaisuushäiriöön liitettyjä yksilöllisiä, yhteiskunnallisia sekä kulttuurisia merkityksenantoja. Ennen kaikkea keskityn niihin merkityksenantoihin, jotka liittyvät lääkehoitona käytettyihin, huumausaineeksi luokiteltaviin psykostimulantteihin. Rajaan tästä syystä tarkastelun kohteeksi nuoret aikuiset sekä aikuiset.

Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöissä käytetyt lääkkeet kuuluvat yleensä niin sanottujen psykostimulanttien eli piristeiden piiriin (Michelsson ym. 2003, 96). Kyseessä on siis huumausaineena paremmin tunnetun amfetamiinin tai kokaiinin kaltainen yhdiste. Suomalaisessa yhteiskunnassa ja kulttuurissa suhtautuminen huumausaineisiin on mitä ilmeisimmin kielteinen. Huumausaineiden käyttöä rajoittamaan on asetettu lakeja, ja käyttäjät ovat näin ollen leimautuneet paitsi narkomaaneiksi myös rikollisiksi. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön kaltaiset tapaukset muodostavat kuitenkin lain puitteissa poikkeuksen, koska niissä käyttö tapahtuu laillisenä lääkehoitona. Reseptin tuoma lupa ja laillisuus aineyhdisteen käyttöön sekä hallussapitoon ei kuitenkaan poista sen kantamaa huumeen statusta. Laillisesta asemastaan huolimatta lääkehoito näissä tapauksissa vaatii niin sanottua huumereseptiä (Korkeila & Tani 2005). Tutkielmani tarkastelee tätä harmaata aluetta, missä paheksutun, laittoman ja mahdollisesti leimaavan huumausaineen ja lääkkeen raja hämärtyy. Aineyhdiste siis pysyy samankaltaisena, aineen käyttö on päivittäistä ja sillä on edelleen huumeen status.

Tutkielmassani kysyn, millaisia uusia merkityksiä yhdistettä käyttävä yksilö ja lääkkeenä toimiva substanssi saa tilanteissa, joissa kulttuurisesti paheksutusta ja käyttäjänsä leimaavasta huumausaineesta tulee päivittäin käytettävä lääke. Tarkoitusta varten olen kerännyt aineistoa eri käyttömotiiveihin sekä lähtökohtiin nojaavista internetkeskusteluista. Pohdin myös, muuttuvatko

merkitykset liikuttaessa päihde- tai viihdekäytöstä kohti lääkehoitoa ja päinvastoin, ja jos muuttuvat niin miten ja mihin suuntaan?

## 2. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö

Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö tunnetaan yleisemmin lyhenteillä ADHD tai ADD. Lyhenteiden yhä vakiintuva asema ja käyttö arkikielessä eivät kuitenkaan tarkoita, että niiden merkitykset ja erot olisivat yleisesti tiedettyjä tai ymmärrettyjä. Tarkkaavaisuuteen ja keskittymiseen liittyviin lyhenteisiin ADHD sekä ADD liitetään arkipuheessa varsin usein ylivilkkaus. Todellisuudessa ylivilkkauksen voi katsoa ennemminkin yhdeksi oireilun ilmentymäksi muiden oireiden joukossa. Toisaalta pelkkään ylivilkkauteen yhdistäminen on sekin osaltaan virheellinen tulkinta.

Erot ADHD:n ja ADD:n välillä ilmenevät jo silloin, kun tarkastellaan niitä englanninkielien sanoja joista ne muodostuvat. Näistä kahdesta tunnetumpi lyhenne ADHD muodostuu sanoista *attention deficit hyperactivity disorder*, ja niin ikään arkipuheessakin esiintyvä ADD sanoista *attention deficit disorder*. Keskeisimmän eron näiden kahden välille tekee sana *hyperactivity* eli ylivilkkaus. ADD on siis tarkkaavaisuushäiriö ilman ylivilkkautta. (Leppimäki 2012a, 45–46.)

Yleisimpiä oireita tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöissä ovat ”keskittymisvaikeudet, yliaktiivisuus sekä impulsiivisuus” (Moilanen 2012, 35). Lisäksi päihteiden käyttö ja riippuvuudet saattavat esiintyä mahdollisina liitännäisoireina. Myös päihderiippuvuusriskin on havaittu olevan suurempi tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöisillä. (Lehtokoski 2012, 278.) Hoitamaton ADHD tai ADD saattaa siis aiheuttaa niin yleisten oireiden kuin liitännäisoireiden johdosta normaalia poikkeavaa käyttäytymistä ja toimintaan. Tällä puolestaan voi nähdä olevan melko suurta vaikutusta niin yksilön subjektiivisiin eli henkilökohtaisiin kokemuksiin, kuin niihin kokemuksiin millaisena yksilö kokee itsensä sekä asemansa suhteessa sosiaaliseen ympäristöönsä ja muuhun yhteiskuntaan.

## **2.1. Tulkinnat ja käsitykset tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöstä eri aikakausina**

Tutkielmani selkeyden ja luettavuuden ylläpitämiseksi käytän pääsääntöisesti tarkkaavaisuushäiriöistä yleisimmin käytettyjä sekä arkikieleen vakiintuneita lyhenteitä ADHD ja ADD. Nämä tunnetuimmat ja nykyisin usein arkipuheessakin esiintyvät määritelmät eivät kuitenkaan ole ainoita laatuaan. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö lyhenteet, määritelmät ja diagnoosin perusteet ovat olleet monimuotoisia ja vaihtelevia. Eri ajanjaksoina on tapahtunut vaihtelua sekä oireyhtymään johtavien tekijöiden, että siinä ilmenevien oireiden painottamisessa. Samalla oireyhtymän määrittelyissä ovat painottuneet eri asiat, ja niistä johdettujen lyhenteiden kirjo saattaa tuntua sekavalta asiaan perehtymättömän silmin. Vaikka tutkielmani keskittyy pääsääntöisesti lääkkeenä käytettyihin stimulantteihin, on määritelmien monimuotoisuuden sekä lyhenteiden kirjavuuden johdosta tarpeellista avata eri aikakausina käytössä olleiden termien taustaa lyhyen historiallisen katsauksen kautta.

### **2.1.1. Ensimmäiset havainnot ja viime vuosisadan alku**

Havainnot lapsista, joiden käyttäytymisessä ilmeni keskittymiseen liittyvien ongelmien ohella, ylivilkkautta, äkkipikaisuutta sekä ennalta suunnittelematonta ja spontaania toimintaa, sijoittuvat vuoteen 1902. Tällöin oireilulle ei vielä kuitenkaan ollut tarkempaa ja vakiintunutta määritelmää. Lisää havaintoja vastaavan kaltaisista huomioista tehtiin vuosina 1917–1918, jolloin osa lapsista sairastui niin aivotulehdukseen valloillaan olevan espanjantaudin myötä. Oireiden uskottiin johtuvan aivovammasta, koska oireet olivat alkaneet vasta aivotulehdukseen sairastumisen jälkeen. Sama syy liitettiin myös muihin, vastaavia oireita osoittaneisiin poikkeavasti käyttäytyneisiin tapauksiin. Oireyhtymästä ryhdyttiinkin käyttämään nimikettä *lievä aivovaurio* (minimal brain damage). 1930-luvulla aivojen vaurioitumisesta johtuvaksi katsottiin myös lapsen poikkeuksellisen aktiivinen liikunnallisuus. (Michelsson ym. 2003, 14–16.) Samalla vuosikymmenellä tehtiin myös ensimmäiset tutkimukset ylivilkkaiden lasten hoidosta amfetamiinijohdannaisien aineiden avulla (Korkeila & Tani 2005).

### 2.1.2. Muutoksia 1950- ja 1960-luvuilla

1950-luvulla oireilua ryhdyttiin ensimmäistä kertaa kutsumaan nimikkeellä *ylivilkkaus-oireyhtymä*, ja aiemmin havaituilla oireilla huomattiin olevan yhteys oppimisvaikeuksien kanssa. Myös kiinnostus lääkinälliseen hoitoon lisääntyi, ja uusien lääkkeiden kehittämisen ohella stimulanttien eli piristeiden käyttö hoitomenetelmänä yleistyi. (Michelsson ym. 2003, 14.)

*Lievä aivovaurio* säilyi tarkkavaisuus ja ylivilkkaus häiriötä kuvaavana määritelmänä aina 1960-luvulla saakka. Yhteyttä aivovaurion ja käyttäytymishäiriön välillä ei kuitenkaan pystytty näyttämään toteen. Tästä syystä termistä *aivovaurio* lopulta luovuttiin, ja sen tilalle vaihdettiin määritelmä MBD (minimal brain dysfunction) eli *lievä aivojen toimintahäiriö*, johon sisällytettiin neurologisten toimintahäiriöiden lisäksi käyttäytymiseen liittyvät ongelmat. Oireiden uskottiin silti olevan keskeisesti sidoksissa neurologiseen aivojen toimintahäiriöön. Osa psykiatreista näki kuitenkin oireilun olevan yhteydessä ympäristöstä johtuvien tekijöiden kanssa, minkä johdosta vuonna 1968 käsitteen ”*lievä aivojen toimintahäiriö*” tilalle käyttöön otettiin määritelmä *lapsuuden ylivilkkausreaktio*. (Michelsson ym. 2003, 14–15.) 1960-luvulla kiinnostuksen kohteeksi nousi ensimmäistä kertaa myös aikuisikään liittyvä tarkkaavaisuushäiriö (Korkeila & Tani 2005).

### 2.1.3. 1970-luvulta kohti nykyaikaa

1970-luvulla aiemmin keskeisimpänä oireilun muotona pidetyn ylivilkkauksen sijasta painopiste siirtyi tarkkaavaisuuteen liittyviin ongelmiin, ja 1980-luvulla oireyhtymä saikin uuden määritelmän *tarkkaavaisuushäiriö* (attention-deficit disorder) eli ADD. Vaihtoehtoiksi nähtiin joko tarkkaavaisuushäiriö tai ylivilkkautta sisältävä tarkkaavaisuushäiriö. Ylivilkkauksen havaittiin kuitenkin esiintyvä varsin usein tarkkaavaisuushäiriön yhteydessä. Tästä syystä vuonna 1987 *tarkkaavaisuushäiriön* tilalla alettiin käyttää määritelmää *tarkkaavaisuus-ylivilkkaushäiriö* (attention-deficit hyperactivity disorder), joka nykyisin tunnetaan paremmin lyhenteellä AD/HD. Samanaikaisesti termin MBD käyttö kyseenalaistui, koska siihen keskeisesti liittyvää aivojentoimintahäiriötä ei pystytty kaikissa tapauksissa näyttämään toteen. (Michelsson ym. 2003 15.)

1990-luvulla lyhenteeseen *ADHD* ilmestyi ajoittain eri yhteyksissä esiintyvä poikittaisviiva. Poikittaisviivan tarkoituksena oli selventää sitä, oliko kyseessä *tarkkaavaisuushäiriö*, *ylivilkkaus-*

*impulsiivisuushäiriö* vai näiden kahden yhdistelmä. Vuonna 1995 määritelmästä MBD luovuttiin lopullisesti, ja nykyisin se toimii ennemminkin viittauksena kuvailtaessa erilaisista neurologisista tekijöistä johtuvia ongelmia. 1980- ja 1990-luvuilla havaittiin, että oireita saattoi lapsuuden jälkeen ilmetä myös aikuisiällä ja oireilua esiintyi joidenkin kohdalla koko elämän ajan. Myös ymmärrys oireyhtymään liittyvistä mahdollisista liitännäisoireista ja niiden ilmenemistavoista lisääntyi 1990-luvun aikana. (Michelsson ym. 2003, 16.)

#### **2.1.4. Vuosituhannen vaihteen jälkeen**

2000-luvulla tarkkaavaisuushäiriön syntyyn liittyvät lähestymistavat ovat jakautuneet kahteen leiriin. Lähestymistavat poikkeavat toisistaan sen suhteen, painottavatko ne oireyhtymän synnyn kohdalla geneettisiä tekijöitä, vai nähdäänkö tarkkaavaisuushäiriöllä ja diagnosoinnilla yhteys laajemmin vaikuttavien sosiaalisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden kanssa. (Suominen 2012, 66.)

Geneettisiä lähtökohtia korostava suuntaus näkee häiriön johtuvan pääsääntöisesti neurologisista poikkeamista ja sillä on yhteys myös perinnöllisitekijöihin. Oireyhtymän synnyssä ympäristön vaikutus nähdään toissijaisena, minkä johdosta geneettisesti painottuneessa lähestymistavassa korostetaan myös lääkityksen asemaa keskeisimpänä hoitomenetelmänä. (Em. 67.)

Ympäristötekijöiden vaikutusta painottavat tahot pitävät geneettisen lähestymistavan esittämiä näkemyksiä perusteettomina tai harhaanjohtavina. Tarkkojen oireyhtymän esiintyvyyttä kuvaavien tilastojen puutteellisuus, sekä liitännäisoireiden ilmeneminen useiden diagnosoitujen kohdalla nähdään niin ikään ongelmallisina geneettisiä tekijöitä painotavan suuntauksen näkemyksessä. Myös lääkehoidon tarpeellisuus kyseenalaistetaan, ja se nähdään ennemminkin yhtenä sosiaalisen kontrollin muotona sekä vastauksena yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin muutoksiin. (Em. 66–67.)

## **2.2. ADHD, ADD, aivot ja oireyhtymään johtavat tekijät**

Vaikka tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöiden kohdalla aivojen toimintahäiriöön viittaavasta MBD määritelmästä onkin luovuttu, nähdään tietyissä tapauksissa oireiden taustalla epätasapaino aivojen välittäjäaineiden kanssa. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön katsotaankin johtuvan aivojen toimintahäiriöön johtavasta neurologisesta poikkeamasta. Keskeiset oireyhtymään liittyvät

aivojen välittäjäaineet ovat dopamiini ja noradrenaliini. Poikkeamia dopamiinin ja noradrenaliinin välityksessä on tarkkavaisuushäiriöisten kohdalla havaittu juuri niillä aivojen alueilla, jotka säätelevät oireiluun ja oireiden ilmenemisen muotoihin liittyviä toimintoja. (Lahti ym. 2008.)

Aikuisten ADHD:n esiintyvyydestä saadut tulokset liikkuvat tutkimuksesta riippuen 3-5 prosentin välillä ja ovat samansuuntaisia eri maissa saatujen tutkimustulosten kanssa. Tästä syystä ADHD:n ei voi sanoa selittyvän yksinomaan kulttuuristen tekijöiden kautta. (Leppimäki 2012b, 253.) Ympäristöllä sekä kulttuurilla on kuitenkin merkitystä ainakin sen suhteen, kuinka voimakkaana oireet ilmenevät ja kuinka häiritsevinä ADHD:n liittyvät piirteet koetaan. Kulttuureissa joissa arjen eläminen keskittyy tekemiseen ja toimintaan, saattavat ADHD:n oireet jäädä vähemmälle huomiolle tai niitä ei nähdä toimintaa merkittävästi haittaavina tekijöinä. (Lehtokoski 2004, 16–17.)

ADHD:lla on havaittu olevan yhteys myös perinnöllisyyteen. Vanhemmilta lapselle periytyvän ADHD:n mahdollisuuden sanotaan olevan noin 50 prosenttia, ja vanhemmilta perityn ADHD:n osuus diagnosoitujen kohdalla onkin noin 80 prosenttia. ADHD:n syntyyn vaikuttavia tekijöitä on havaittu olevan lisäksi raskaudenaikaiset ongelmat, kuten alkoholinkäyttö tai erinäiset virustaudit. Ennenaikaisella synnytyksellä on niin ikään nähty yhteys ADHD:n esiintyvyyden suhteen. (Lehtokoski 2004, 15.)

### **2.3. Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö aikuisilla**

Tarkkaavaisuushäiriöön liittyvät tutkimukset ovat alkujaan keskittyneet lähinnä lapsuuteen, aikuisten tarkkaavaisuushäiriön noustessa huomion kohteeksi vasta 1960-luvulla (Korkeila & Tani 2005). Vielä 1970-luvulla ADHD nähtiin lapsuuteen liittyvänä piirteenä, jonka uskottiin häviävän aikuistumisen myötä. Nykyisin oireilua tiedetään ilmenevän myös aikuisilla, ja useimmissa tapauksissa ADHD seuraakin lapsuudesta aikuisuteen. Oireet saattavat iän myötä kuitenkin muuttua, ja oireiden häviäminen aikuisikään tultaessa on lievimpien tapausten kohdalla mahdollista (Lehtokoski 2004, 15). Tavatonta ei myöskään ole se, että lapsuusiän ADHD-diagnoosiin liittyvä ylivilkkaus vähenee. Lapsuuden ADHD saattaakin aikuisena muuttua ADD:ksi, eli tarkkaavaisuushäiriöksi ilman aiemmin ilmennyttä ylivilkkausta. (Leppimäki 2012a, 46.) Ylivilkkauden tilalle voi kuitenkin ilmaantua uusia oireita. Aiemman päämäärättömän toiminnan tilalle saatetaan näissä tapauksissa etsiä sitä korvaavaa tekemistä. Korvaavaa toimintaa haetaan

mahdollisesti useiden samanaikaisten työtehtävien kautta, tai vaikkapa lisäämällä jo olevien työtehtävien määrää. (Korkeila & Tani 2005.)

Vaikka osa lapsuudenaikaisista oireista häviäisi, on tarkkaavaisuushäiriöön keskeisesti liittyvä turhautuminen lähes poikkeuksetta aikuisikään saakka seuraava ominaisuus. Tarkkaavaisuushäiriön kanssa eläminen ja siihen sopeutuminen saattaa aikuisiällä muodostua monille ongelmalliseksi. Ympäristön asettamat aikuisuuteen liittyvät odotukset saattavat johtaa haastavilta tuntuviin tilanteisiin. Turhautumista aiheuttavien tilanteiden hallintaan ja niihin sopeutumiseen aikuinen keksiikin mahdollisesti keinoja, jotka saattavat ilmentyä keskittymistä tai pitkäjänteisyyttä vaativien tehtävien sekä toimintojen karttamisena. (Korkeila & Tani 2005.) Myös opiskeluun ja työelämään liittyvät ongelmat ovat melko usein esiintyviä piirteitä, ja suoriutuminen vähemmän kiinnostavista tehtävistä voi osoittautua ylitsepääsemättömäksi (Leppimäki 2012b, 257). Yleisempään elämänhallintaan liittyvät vaikeudet ovat niin ikään monesti yhteydessä olemassa olevaan tarkkaavaisuushäiriöön. Diagnoosin saaneiden aikuisten sopeutumiseen liittyvät ongelmat näkyvät myös muuta väestöä enemmän ilmenevien mielenterveysongelmien ja itsemurhayritysten kautta. (Korkeila & Tani 2005.)

## **2.4. Lääkehoito ja päihteet**

Vaikka tarkkaavaisuushäiriön hoidossa pyritään ensisijaisesti terapian ja neurologisen kuntoutuksen kaltaisiin menetelmiin, saattaa lääkkeettömien hoitomenetelmien pariin hakeutuminen osoittautua haasteelliseksi tarjonnan puutteellisuudesta johtuen (Leppimäki 2012a, 49). Vaihtoehtona toimiva lääkehoito onkin varsin yleinen hoitomuoto aikuisten kohdalla, ja se katsotaan aiheelliseksi etenkin silloin, jos liitännäisoireet näyttäytyvät merkittävänä osana tarkkaavaisuushäiriötä (Lahti ym. 2008; Leppimäki 2012a, 49).

Tarkkaavaisuushäiriön hoidossa käytettävät lääkkeet kuuluvat pääsääntöisesti stimulantteihin eli piristeisiin (Raevuori 2012, 217). Suomessa yleisimmin lääkehoidossa käytetyt stimulantit ovat metyylifenidaatti ja deksamfetamiini (Niemelä ym. 2010). Stimulanttilääkityksestä saadut hyödyt näyttäytyvät annettujen ohjeiden omaksumisen helpottumisena, sekä kykynä vastata yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin aiempaa paremmin. Stimulanttien itseluottamusta nostavat sekä mahdollista itsekriittisyyttä lisäävät ominaisuudet saattavat niin ikään johtaa häiriökäyttäytymisen vähenemiseen. (Michelsson ym. 2003, 96–99.)

Pro gradu tutkielmani kannalta metyyllifenidaatti ja deksamfetamiini ovat lääkekäytössä olevista yhdisteistä keskeisimmät, johtuen niiden asemoitumisesta huumausaineiksi luokiteltujen stimulanttien joukkoon. Metyyllifenidaatin ja muiden tarkkaavaisuushäiriön hoidossa käytettyjen stimulanttien vaikutukset ovat samankaltaiset kuin muilla stimulantteiksi luokiteltavilla aineilla (Raevuori 2012, 217). Monista muista lääkkeistä poiketen, stimulanttilääkityksen aloittaminen vaatii erityisen, tarkemmin valvotun huumausainereseptin. Tarkemmin kontrolloidun reseptin lisäksi itse lääkkeiden käytön seuranta on normaalia tarkempaa. (Korkeila & Tani 2005.) Stimulanttilääkkeen huumestatus on havaittavissa myös lääkepakettiin tai -purkkiin liimattavasta tarrasta. Nimen, annostuksen ja käyttötarkoituksen lisäksi tarrassa saattaa apteekista riippuen olla suoraviivainen merkintä *huume* (Liite 2, Kuva).

Erilaisten riippuvuuksien ilmeneminen tarkkaavaisuushäiriön liitännäisoireena on myös mahdollista. Mahdollisista liitännäisoireista etenkin päihteisiin liittyvät ongelmat ovat osoittautuneet melko yleisiksi. (Lehtokoski 2012, 278.) Tutkimusten mukaan 20-40 prosentilla ADHD-diagnosoiduista aikuisista on jossain vaiheessa ilmennyt ongelmia päihteidenkäytön suhteen. Päihteiden ongelmakäyttäjillä samanaikaisesti esiintyvän ADHD:n osuudeksi on havaittu 20-30 prosenttia tapauksista. Tutkimusten pohjalta yhteys tarkkaavaisuushäiriön ja päihteidenkäytön välillä on siis ainakin tältä osin nähtävissä. (Niemelä ym. 2010.)

Anu Raevuoren mukaan tarkkaavaisuushäiriöisillä nuorilla on normaalia enemmän taipumusta päihteiden käyttöön, ja sitä esiintyy satunnaiskäytöstä aina konkreettiseen päihderiippuvuuteen saakka. Päihteet saattavat tarjota hetkellisesti apua oireiluun ja käytön taustasyynä voi olla pyrkimys hoitamattoman tarkkaavaisuushäiriön oireiden helpottamiseen. Päihteidenkäyttö on näin ollen osittain selitettävissä mahdollisen itsehoidon kautta. Itsehoidolla tässä yhteydessä tarkoitetaan omatoimista oireiden helpottamista päihteiden avulla ennen varsinaisen lääkehoidon aloittamista. Taipumus päihteidenkäyttöön lisää luonnollisesti riskiä lääkehoidossa toimivien stimulanttien väärinkäyttöön. Stimulanttilääkityksen hyödyistä on kuitenkin näyttöä myös päihteitä käyttävien nuorten osalta. Lääkitys ei välttämättä aina kuitenkaan toimi olemassa olevan päihdeongelman vahvistajana. Joissain tapauksissa lääkehoidolla on havaittu olevan jopa ennaltaehkäiseviä ominaisuuksia myöhemmän, mahdolliseen ongelmaan johtavan päihteidenkäytön osalta. (Raevuori 2012, 217.)



### 3. Tarkkaavaisuushäiriö minuutta muokkaavana ja leimaavana tekijänä

On ilmeistä, että ADHD ja ADD tarkkaavaisuushäiriöinä ovat osa sitä prosessia, missä yksilön kokemus itsestään rakentuu. Tarkkaavaisuushäiriö oireineen vaikuttaa väistämättä siihen, millä tavoin yksilö suhtautuu paitsi itseensä, myös siihen miten hän kokee ja suhteuttaa itseään muuhun yhteiskuntaan sekä siihen, miten yksilö uskoo tai olettaa yhteiskunnan suhtautuvan häneen itseensä. Yksilön minäkuvan voi tässä tapauksessa nähdä rakentuvan ympäristössä, jossa tarkkaavaisuushäiriöstä johtuva toimita ei välttämättä vastaa yhteisön odotuksia. Hoitamattomana tarkkaavaisuushäiriö oireineen saattaa aiheuttaa ristiriitaisuutta yksilön toiminnan ja yhteisön odotusten välillä. Toisaalta hoitomuotona käytetyt lääkkeet auttavat oireisiin, mutta ovat samalla huumeiksi luokiteltavia ja niihin verrattavissa olevia aineyhdisteitä, jotka osaltaan saattavat aiheuttaa ristiriitaisuutta niin itse lääkkeen kuin lääkehoidon aloittamisen suhteen.

#### 3.1. Tarkkaavaisuushäiriö ja minuuden rakentuminen vuorovaikutuksessa

Tarkkaavaisuushäiriöllä voi nähdä olevan vaikutuksia yksilön minän kehittymiseen ja niihin keinoihin, joilla yksilö määrittelee itseään ja toimintaansa suhteessa laajempaan sosiaaliseen, yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen kenttään. Tarkkaavaisuushäiriöön liittyviä yksilön minuutta määrittäviä seikkoja sekä sosiaalisten suhteiden vaikutusta yksilön minuuden rakentumisessa on mahdollista kuvailla George Herbert Meadin kaksiosaisen minän rakentumiseen liittyvän teorian kautta. Meadin mukaan minää tai minuutta ei ole valmiiksi syntyessämme, vaan sen kehitys tapahtuu sosiaalisissa kokemuksissa sekä toimintaan liittyvissä prosesseissa, minkä vuoksi sillä voi sanoa olevan eräänlainen ajan myötä rakentuva kehityskaari. Minä kehittyy siis tuloksena yksilön omasta suhteesta tähän prosessiin kokonaisuudessaan, sekä suhteesta toisiin yksilöihin tämän prosessin yhteydessä. (Mead 1967, 135–138.)

Teoriassaan Mead (em. 173–178) tekeekin jaon *minän* kahteen osaan, subjektiminään ”I” ja objektiminään ”me”. Subjektiminä on Meadin osuvan, mutta monitahoisen kuvauksen mukaan minän se puoli, joka *on* ja *toimii* tässä hetkessä. Subjektiminä on minän aktiivinen ja tässä hetkessä läsnä oleva osa. Objektiminän on siis se osa minuudesta, joka on tullut jo toteutetuksi. Subjektiminä pystyy puolestaan havainnoimaan ja tekemään arvioita objektiminästä tästä ajanhetkestä käsin. Subjektiminällä Mead tarkoittaa siis sitä, millä tavoin yksilö vastaa tai suhtautuu niihin odotuksiin

ja asenteisiin, joita muuta hänelle asettavat. Objektiminällä hän puolestaan kuvaa minän sitä puolta, jossa yksilö on jo omaksunut toisten odotukset. Minän osat ovat siis erotettavissa toisistaan. Samanaikaisesti ne kuitenkin muodostavat minän kokonaisuuden eli sen minän, josta Mead käyttää termiä *self*. Toisin sanoen, nämä kaksi minän puolta muodostavat yhdessä persoonallisuuden sellaisena kuin se ilmenee sosiaalisissa kokemuksissa. (Em. 173–178.)

Meadin teoriaan kuuluu olennaisena myös käsite ”generalized other” (Mead 1967, 154), joka on käännetty muotoon ”yleistynyt toinen” (Kuusela 2001, 69). Yleistyneen toisen voi sanoa olevan eräänlainen yhteisön tai yhteiskunnan moraalinen ääni. Yleistyneen toisen kautta yksilö omaksuu yhteisönsä tai kulttuurinsa arvot, normit ja moraalिसäännöt. Yleistyneen toisen asenteet kuvastavat koko muun yhteisön yhteisesti jakamia asenteita. (Mead 1967, 152–156.)

Mikäli minuus rakentuu Meadin ajattelun mukaisesti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa itseään tarkkaillen, suhteessa kulloisenkin yhteisön tai kulttuurin olemassa oleviin sääntöihin ja toimintatapoihin, voi olettaa ADHD:n tai ADD:n kaltaisten häiriöiden asettavan haasteita yksilön minuuden rakentumisessa. Oireiden aiheuttama normeista poikkeava toiminta ja mahdolliset keskittymisongelmista seuraavat vaikeudet sääntöjen ja käytänteiden omaksumisessa eivät välttämättä tarjoa toivottuja lähtökohtia ehjän minän rakentumiselle. Aikuisiän tarkkaavaisuushäiriöön liittyvät mahdolliset päihteidenkäyttöön ja mielenterveyteen liittyvät ongelmat (Korkeila & Tani 2005; Niemelä ym. 2010), saattavat siis ainakin osittain selittyä minän rakentumiseen liittyvien epäsuotuisten lähtökohtien kautta.

### **3.2. Tarkkaavaisuushäiriöön liittyvä sosiaalinen leimaavuus**

Tarkkaavaisuushäiriöön liittyy myös riski leimautumisesta eli stigmatisaatiosta. Leimautumista on aiemmin käsitelty muun muassa lapsilla esiintyvän ADHD:sta johtuvan poikkeavan käyttäytymisen yhteydessä (Suominen 2012, 72–72). Omassa tutkielmassani leimautuminen liittyy kuitenkin oireilun lisäksi, aikuisiällä tapahtuvaan ja lääkitykseen tai itsehoitoon liittyvään stimulanttien käyttöön.

Stigma on eräänlainen sosiaalinen leima, jota Erving Goffman (1963) on osaltaan esitellyt teoksessa *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Stigman Goffman määrittelee tilanteeksi, jossa yksilö ei saavuta yhteisönsä täydellistä sosiaalista hyväksyntää. Stigma on jaettavissa kolmeen

erilaiseen tyyppiin. Ensimmäinen liittyy ruumiiseen ja sen poikkeavuuteen tai vammaan. Toinen Goffmanin esittämä stigman tyyppi liittyy mielen heikkouteen ja psyykkiseen poikkeavuuteen, kuten mielenterveyden häiriöihin, riippuvuuksiin tai vaikkapa alkoholismiin. Kolmas tyyppi koskee puolestaan rodun, kansalaisuuden tai uskonnon kaltaisia tekijöitä. Stigmat voivat olla siis joko näkyviä tai näkymättömiä. (Goffman 1990, alkup. 1963, 14)

Stigma voikin muodostua haitalliseksi tekijäksi yksilön sosiaalisen identiteetin kehityksessä, koska ympäristön suhtautuminen ja tapa nähdä yksilö liittyy ennemminkin stigmaan kuin yksilöön itseensä. Näin ollen normaalista poikkeava henkilö saa eräänlaisen sosiaalisesti jaetun leiman, olipa poikkeavuus liitettävissä mihin tahansa Goffmanin jaottelun kolmesta tyypestä. Yksilön kokemus ja ymmärtämä leima saattaa niin ikään aiheuttaa häpeän tunteita. Tässä kohtaa Stigmaan liittyy olennaisesti yksilön tarve peittää tai salailla poikkeavuuttaan välttääkseen mahdollista häpeää aiheuttavaa leimautumista. (Em. 15–19, 125–128.)

Stigman voi tarkkaavaisuushäiriön kohdalla nähdä ilmenevän kahdella eri tavalla. Yhtäältä tarkkaavaisuushäiriön itsensä voi nähdä leimaavana, normaalista poikkeavana piirteenä. Toisaalta leimaavana tekijänä voi toimia tarkkaavaisuushäiriön lääkehoitoon liittyvä, vaikkakin reseptin kautta lailliseksi muuttuneen, huumausaineena pidetyn yhdisteen käyttö. Tarkkaavaisuushäiriöön ja sen lääkehoitoon liittyvät leimatuksi tulemisen riskit saattavat vaikuttaa epäsuotuisasti yksilön subjektiiviseen kokemukseen itsestään, sekä antaa yksilölle syyn poikkeavuutensa peittelyyn. Tutkielmani kannalta kiinnostavaa onkin juuri se, kuinka päivittäin stimulantteja lääkkeenä käyttävä kokee asemansa yhteiskunnassa, joka reseptin ulkopuolella liittää vastaavan toiminnan huumeisiin ja rikollisuuteen? Suhtaudutaanko piristeseen huumeena vai lääkkeenä? Onko kokemus subjektiivinen harha vai yleisemmin vakiintunut käsite?

#### **4. ADHD, lääkehoito ja päihteet tutkimuksen kohteena.**

Aiempi ADHD:n ja ADD:n suunnattu tutkimus näyttää keskittyvän suurelta osin lapsiin sekä lasten oppimisvaikeuksiin ja vaikeuksiin sosiaalisissa tilanteissa. Aikuisikään sijoittuva tutkimus keskittyy taas monesti tarkastelemaan mahdollisia elämäntilanteiden vaikuttaneita tekijöitä, joilla nähdään olevan yhteys ADHD:sta tai ADD:sta johtuvan poikkeavan käyttäytymisen kanssa. Pro graduni kannalta keskeisessä asemassa oleva stimulantteilla toteutettu lääkehoito ja siihen liitetyt merkitykset, uskomukset, pelot tai mahdolliset väärinkäytökset jäävät suomalaisissa tutkimuksissa

monesti hajanaisiksi maininnoiksi tai tulevat sivuutetuksi kokonaan. Vuoteen 2010 mennessä lääkestimulanttien mahdolliseen väärinkäyttöön liittyvää tutkimustietoa ei Suomesta juurikaan ollut (Niemelä ym. 2010).

Suomessa tutkimus näyttää sijoittuvan varsin usein lääketieteen kenttään tai on muuten lääketieteellisesti painottunutta. Lääketieteellisesti suuntautuneessa tutkimuksessa huomio kiinnittyy monesti stimulanttihoidon hyötyjen arviointeihin tai lääkehoidon aloittamiseen liittyviin perusteluihin (vrt. Lahti ym. 2008). Stimulanttilääkityksen sekä päihteidenkäytön välinen jännite näyttää ilmenevän päihdeongelman ja ADHD:n välisten yhteyksien kuvailuna (vrt. Niemelä ym. 2010). Lääketieteessä lähestymistapa on siis voimakkaasti sidoksissa lääkehoitoon toimenpiteenä. Tutkimuksissa on keskitytty kuvailemaan oireyhtymän piirteitä, lääkehoidosta saatuja tuloksia sekä stimulanttilääkitykseen liittyviä positiivisia ja negatiivisia seurauksia.

Oireyhtymään ja stimulanttilääkitykseen liittyvien sosiaalisten tekijöiden sekä lääkehoidettavien yksilöiden kokemusten ja käsitysten kuvailu jää lääketieteellisissä tutkimuksissa vähäiseksi. Lääketieteessä tehdyllä tutkimuksella on silti paikka tutkielmassani. Sen tehtävä on kuitenkin toimia oireyhtymän peruspiirteiden selittäjänä ja hoitona käytetyn lääkityksen kuvaajana.

ADHD:n ja ADD:n lääkehoidosta ja siihen liittyvästä päihteidenkäytöstä tehtyä tutkimusta löytyy lääketieteen lisäksi myös muun muassa sosiaalipolitiikan, kasvatustieteiden ja psykologian aloilta. Lääketiedettä merkittävämpään asemaan nousevat sellaiset tutkimukset, joissa diagnosoidulla ADHD:lla tai ADD:lla, stimulanteilla toteutetulla lääkehoidolla tai mahdollisella tarkkaavaisuushäiriöihin liittyvällä päihteidenkäytöllä on merkitystä niin yksilön subjektiiviseen kuin objektiiviseen kokemusmaailmaan. Tämänkaltaista, tutkielmani kannalta merkittävää sekä sitä tukevaa tietoa esiintyy muun muassa Dufvan ja Koivusen toimittaman teoksen *ADHD – diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (Dufva & Koivunen 2012) sisältämissä artikkeleissa. Kuten monessa muussa ADHD:ta käsittelevässä kirjallisuudessa, myös edellä mainitun teoksen artikkelit keskittyvät suurelta osin lapsuuteen ja oppimisvaikeuksiin. Teoksessa on kuitenkin myös artikkeleita, joissa ADHD:ta lähestytään aikuisikään sidottuna, sekä nostetaan esille diagnosoimattomaan ADHD:n monesti liittyvää päihteiden käyttöä.

ADHD:n ja huumeidenkäytön välillä liikkuva tutkimus saattaa muodostua melko mutkikkaaksi. Vaikka aihe nähdään kiistanalaisena, on tutkimusalueesta kuitenkin olemassa hyvin dokumentoitua tietoa. (Schubert ym. 2009.) Perehtyminen kansainvälisiin tutkimuksiin osoittaa aiheen

monimuotoisuuden. Tutkimukset käsittelevät suomalaisten tutkimusten tapaan aihetta sekä lasten että aikuisten osalta. Erona suomalaiseen tutkimukseen on kuitenkin lähestymistapojen kirjo. Suomalaisen tutkimuksen ollessa suhteellisen vähäistä, perehtyminen kansainvälisiin tutkimuksiin ja niiden vertailu suomalaisten tutkimusten kanssa on välttämätöntä.

#### **4.1. Lääkehoitoon liittyvät valinnat ja valinnan vaikeudet**

Omaan tutkielmaani liittyy oletus ADHD:n liittyvästä stigman mahdollisuudesta. Stigmatisoitumisen mahdollisuutta on käsitelty ADHD:n yhteydessä aiemminkin. Sauli Suominen on yhdistänyt leimautumisen ADHD:n aiheuttamaan poikkeavaan käyttäytymiseen lapsilla. Muiden ihmisten tapa reagoida normaalista poikkeavaan käytökseen saattaa aiheuttaa lapselle kokemuksen omasta poikkeavuudestaan. Ympäristö toisin sanoen leimaa lapsen tämän poikkeavan käytöksen takia, tai aiheuttaa lapselle huonouden tunteen vaatimalla lapselta jotain mihin tämä ei välttämättä pysty. Diagnoosi Suominen mukaan saattaakin olla lapsen elämää helpottava tekijä. Ongelmien aiheuttajaksi ja normaalista poikkeavaa käyttäytymistä selittää diagnosoitu ADHD aiemmin koetun huonouden sijaan. Toisaalta diagnoosi saattaa antaa lapselle välineet oikeuttaa omaa poikkeavaa käyttäytymistään, jolloin pyrkimykset odotusten mukaiseen toimintaan saattavat unohtua. (Suominen 2012, 72.) Artikkelini toimii esimerkkinä ADHD:n oireiluun liittyvistä mahdollisista seurauksista. Vaikka artikkelissa nostetaan esille diagnoosin merkitys, jättää se kuitenkin huomiotta mahdollisen lääkehoidon.

#### **4.2. Vanhemmat päätöksentekijöinä**

Stimulanttilääkitykseen saattaa liittyä monia ennakkokäsityksiä. Vaikka stimulanttilääkkeen vaikutukset ovat monesti positiivisia ja auttavat toimimaan yleisten odotusten mukaisesti, voi hoidon aloittamisen jälkeen ilmetä myös ei-toivottuja vaikutuksia. Etenkin alaikäisten lasten kohdalla vanhemmat saattavat tästä syystä päätyä tilanteeseen, missä he joutuvat punnitsemaan ja tekemään valintoja lääkehoidon aloittamisen tai jatkamisen suhteen. Alaikäisen lapsen kohdalla päätöksen lääkityksen aloittamisesta, jatkamisesta tai sen lopettamisesta tekevät lopulta lapsen vanhemmat. Vanhempien valintoihin ja päätöksiin liittyvät vaikeudet lääkityksen suhteen ovat sidoksissa lähinnä siihen, kuinka hoitamattoman ADHD:n oireilu koetaan suhteessa lääkityksen tuomiin positiivisiin ja negatiivisiin piirteisiin. (Hansen & Hansen 2006.) Hoitamattomana ADHD:n oireet ja niiden ilmeneminen saattavat olla leimaavia (vrt. Suominen 2012, 71–72). Toisaalta

stimulanttilääkitykseen liitetään ennakkokäsityksiä sen mahdollisista hyödyistä huolimatta. Vanhempien valintoihin liittyvät vaikeudet ja päätökset suhteutuvatkin usein lapsen tulevaisuutta koskevien kysymysten kesken. Vanhemmat keskittyvät monesti pohtimaan lääkityksen mukanaan tuomien positiivisten seurausten, kuten koulumenestyksen tai yleisen sosiaalisen suoriutumisen ja osaamisen lisäksi myös mahdollisia lääkityksen mukana tulevia negatiivisiksi kokemiaan piirteitä. Vanhempien silmissä nämä negatiiviset vaikutukset liittyvät pääsääntöisesti jo tiedettyihin stimulanttienkäyttöön liittyviin piirteisiin, kuten ruokahaluttomuuteen ja nukkumisvaikeuksiin, jotka kuitenkin korjaantuvat valtaosin lääkeannostuksen tai lääkevaihdon avulla. Myös stimulanttilääkityksen pitkäaikaiskäyttöön liittyvät mahdolliset haitat huolettavat joitain vanhempia. (Hansen & Hansen 2006.)

### **4.3. Itsehoidosta lääkitykseen – aikuinen valinnan tekijänä**

Vanhempien aseman alaikäisten lastensa lääkityksestä päättävinä ”portinvartijoina” (Hansen & Hansen 2006, 1268), sekä varhaisen elämänvaiheen huomioon ottaen, itsehoidoksi kutsuttua päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttöä tapahtuu oletettavasti lähinnä nuorilla ja aikuisilla. Lääkityksen aloittamiseen liittyvät syyt, käsitykset ja mahdolliset ennakkoluulot näyttäytyvätkin uudessa valossa, kun aloittamisesta päättää täysi-ikäinen ja omista valinnoistaan vastuussa oleva henkilö.

Aikuisten suhtautumistavat lääkitykseen ja diagnoosiin liittyvät paitsi käytännön hyötyihin, myös moraalisiin kysymyksiin. Asemoimalla ja käsitteellistämällä itsensä ADHD-potilaaksi, pyrkivät aikuiset perustelemaan aiempaa normaalista poikkeavaa toimintaansa sekä tekemään nykyisestä toiminnastaan moraalisesti hyväksyttävämpää. (Schubert ym. 2009.) Aikuisten valinnoissa hyötyihin ja moraalisiin kysymyksiin liittyvällä ristiriidalla saattaa mielestäni olla yhteyttä, tai ne saattavat viitata aiemmin esittelemääni ajatukseen yleistyneestä toisesta. Tämä mahdollinen ristiriita niin ikään liittyy yhteisön sääntöihin ja normeihin, toimien aiemmin mainittuna yhteisön moraalisenä äänenä kuvastaen niitä yhteisön jakamia asenteita joihin yksilö itseään ja toimintaansa suhteuttaa. (Vrt. Mead 1967, 152 – 156.) Hoitamattoman ADHD:n oireineen voi siis sanoa tuottavan poikkeavuuden kokemuksen myös aikuisilla ihmisillä, ja lääkehoidon sekä diagnoosin antavan puolestaan vastauksen koettuun ongelmaan. Toisaalta lapsista poiketen, aikuisten ADHD diagnoosilla ja lääkityksen aloittamisella on joissain tapauksissa kytkös aiempaan amfetamiinin käyttöön.

Eroavaisuudet valinnoissa korostuvat etenkin tapauksissa, joissa päätöksestä vastaavalla on jo aiempaa kokemusta stimulantteista päihteenä tai päihteenkäytön puitteissa tapahtuneesta itsehoidosta. Niiden aikuisten kohdalla, joiden taustalla on jo aiemmin eriasteista amfetamiinin käyttöä, nousee esiin lakiin ja laillisuuteen liittyvät kysymykset. Diagnoosin myötä aloitettu stimulanttilääkitys voi merkitä myös vastuusta vapautumista aiemman laittoman amfetamiinin suhteen, sekä taata jatkuvan saatavuuden lailliseen stimulanttilääkkeeseen. Samalla diagnoosin kautta asemoidutaan kuitenkin uuteen sosiaalisesti ja moraalisesti arveluttavaan ”ADHD-potilas”-kategoriaan. (Schubert ym. 2009.) Tällä voi mielestäni niin ikään nähdä mahdollisen yhteyden yksilön omaan kokemukseen itsestään, sekä siihen millaisena yksilö haluaa nähdä itsensä suhteessa muihin ihmisiin (vrt. Mead 1967, 152–156, 173–178).

Hoitamaton ADHD saattaa tuottaa erilaisuuden kokemuksia niin lasten kuin aikuisten kohdalla. Samalla diagnoosi saattaa kuitenkin toimia kaksisuuntaisesti. Aiemmin poikkeavaksi koettu käyttäytyminen tulee ymmärrettävämmäksi, vaikkakin se samalla asettaa diagnoosin saaneen uuden, sosiaalisia ennakkokäsityksiä sisältävän ADHD-oireyhtymän alueelle. Lääkehoidon osalta edellä mainitut tutkimukset tuovat esille itse lääkkeeseen liitetyn merkityksen huumeesta. Tapaan jolla lääkehoitoon suhtaudutaan, vaikuttavat lääkittävän iän ja lääkityksestä päättävän tahon lisäksi myös mahdollinen laittomilla stimulantteilla toteutettu itsehoito. Tiivistäen kyse näyttää ainakin osittain olevan siitä, onko siirtymä lääkkeettömyydestä huumelääkitykseen vai laittomasta huumeidenkäytöstä lailliseen lääkitykseen. Edellä esitettyjen tutkimusten voi nähdä antavat osaltaan myös viitteitä mahdollisesta lääkkeeseen ja lääkehoidon aloittamiseen liittyvästä ristiriitoja tuottamasta asetelmasta. Lasten kohdalla ristiriitaisuus koskettaa lähinnä lapsen vanhempia, ja näyttäytyy lääkityksen hyötyjen ja haittojen punnitsemiseen liittyvien vaikeiden päätösten kautta. Aikuisten kohdalla samaisen ristiriidan voi nähdä esiintyvän juuri moraalisten kysymysten kohdalla, ja liittyvän tältä osin stimulanttien käytön hyväksyttävyyttä koskeviin kysymyksiin. Lähtökohdista riippumatta ADHD:n lääkehoidosta puhuttaessa esiin näyttää jälleen nousevan stimulanttilääkitykseen liittyvä harmaa raja-alue huumeen ja ei-huumeen välillä. Juuri tämä harmaaksi kutsumani ADHD:n lääkityksen ja luvattoman huumeen välinen alue, sekä tälle alueelle sijoittuva jännite liittyy keskeisesti omaan tutkielmaani.

## 5. Keskustelupalstat

Tutkielmani aineiston olen kerännyt A-klinikkasäätiön ylläpitämältä Päihdelinkki-sivustolta (päihdelinkki.fi). Tarkastelun kohteena olevat keskustelut olen pyrkinyt valitsemaan siten, että ne lähtökohdiltaan sekä luonteeltaan poikkeavat toisistaan samalla asemoituen yhteisesti jakamaansa aihealueeseen. Toisin sanoen, keskustelun kohteena on sama tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö sekä siihen liittyvä lääkehoito siten, että keskustelut eroavat toisistaan lähestymistapojensa kautta.

Aineiston käsittelyssä keskityn siihen, poikkeavatko tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön lääkehoitoon liitetyt merkitykset sekä käsitykset liikuttaessa lähtökohdasta ja lähestymistavasta toiseen sekä sitä, millaisia nämä mahdolliset poikkeavuudet ovat ja miten ne ilmenevät. Koska tarkkailun kohteena ovat erilaisista lähtökohdista käsin tuotetut merkitykset, olen katsonut menetelmän suhteen tarkoitukseen parhaiten sopivaksi diskurssianalyysin.

### 5.1. Perusteet keskustelupalstojen käyttöön

Internetin keskustelupalstojen käyttö aineistona pohjautuu osin tutkielmani aihepiiriin mahdolliseen arkaluontoisuuteen. Tarkkailun kohteena on alue, joka liikkuu ajoittain laillisen ja laittoman rajalla. Tästä syystä tutkimuksen kohteen anonymiteetin takaaminen nousee merkittävään rooliin. Vaikka kasvokkain toteutettu haastattelu antaisikin mahdollisuuden täsmentäviin kysymyksiin, koen keskustelupalstojen käytön tässä tapauksessa turvallisemmaksi tutkittavan kohteen kannalta. Toisin kuin haastatteluissa, on keskustelupalstoilla esitetyt kannanotot ja argumentit tuotu julki nimimerkin alla. Tältä osin tutkittavan kohteen anonymiteetti on jo valmiiksi taattu. Keskustelupalstat kattavat lisäksi koko maan, jonka katson edelleen vähentävän kohteen mahdollisuutta tulla tunnistetuksi.

Verrattuna haastatteluihin tai mielipidekirjoituksiin, keskustelupalstojen etuna näen myös niiden tarjoaman välittömän palautteen sekä vasta-argumentoinnin mahdollisuuden muilta palstan lukijoilta. Vaikka keskustelupalstat mahdollistavat myös oman osallistumiseni keskusteluihin, en ole katsonut sitä tarpeelliseksi. Mielekkäämmäksi koen asettautumisen hiljaisen sivustaseuraajan rooliin vapaasti etenevässä mielipiteiden vaihdossa. Näin ollen en tutkijana pääse tahattomasti vaikuttamaan tai ohjaamaan keskusteluiden kulkua omien lähtökohtaisten olettamusteni kautta.



## 5.2. Keskustelupalstoihin liittyvät mahdolliset ongelmat

Vaikka keskustelupalstat ovat Internetin kautta pääsääntöisesti kaikkien luettavissa, saattaa niiden sisällön käyttö tutkimustarkoituksiin olla rajoitettua. Sivuston ylläpitäjästä riippuen tutkimuskäyttöön saatetaan vaatia erillisesti haettavaa lupaa, josta sivustolla on tällöin erillinen mainita ja ohjeistus. Aineiston käyttöön sekä siitä poimittujen esimerkkien suoraan esittelyyn on ylläpitäjästä riippuen vaihtelevia käytäntöjä.

Nimimerkin tuoma anonymiteetti lisää kirjoittajan yksilönsuojaa tunnistettavuuden osalta. Toisaalta nimimerkin alla anonymisti tuotettu teksti antaa kirjoittajalle mahdollisuuden liioitella, vääristellä tai jopa provosoida yliampuvilla tai hyökkäävillä kannanotoilla ja kommenteilla muita keskusteluun osallistuvia. Keskustelupalstojen mukanaan tuomat edut ja haitat ovat tältä osin selitettävissä Oili-Helena Ylijoenkin esittelemän Rom Harrén psykologisen avaruuden mallin avulla (ks. Ylijoki 1998, 132–138). Olen myös katsonut parhaaksi tukeutua Ylijoen tekemiin suomenkielisiin vastineisiin Harrén keskeisten käsitteiden ja termien kohdalla kohdalla (em. 132–138).

## 5.3. Psykologisen avaruuden mallista

Psykologisen avaruuden malli toimii tutkielmassani paitsi aineiston valinnan perusteena, myös aineiston käsittelyä ja sen osien hahmottamista tukevana teoriana. Keskustelupalstoihin keskeisesti liittyvän anonymiteetin etujen ja mahdollisten heikkouksien esittely psykologisen avaruuden mallin avulla on mielekästä. Kirjoittajan omavalintaisen nimimerkin alla kirjoitetut kommentit mahdollistavat avoimen ja kaunistelemattoman mielipiteiden vaihdon, mutta toisaalta antavat samalla mahdollisuuden asioiden vääristelyyn, kaunisteluun ja jopa provosointiin, eli muiden osallistujien tarkoituksenmukaiseen ärsyttämiseen ja kiusantekoon.

Edellinen ajatus on asetettavissa ja selitettävissä Harrén psykologisen avaruuden mallin sisältämän yksilön identiteetin kehittymiseen sekä sosialisatioon liittyvän neljän eri vaiheen avulla. Näitä neljää vaihetta Harré kutsuu ”omaksumiseksi”, ”muuntamiseksi”, ”julkistamiseksi” ja ”konventionalisoitumiseksi” (Harré 1983, 258). Edellä mainitut neljä vaihetta sijoittuvat puolestaan Harrén esittelemän nelikentän osiin ”julkis-kollektiivinen”, ”kollektiivis-yksityinen”, ”yksityis-yksilöllinen” sekä ”yksilöllis-julkinen” (Harré 1983, 44).

Harrén identiteettiin ja sosialisatioon liittyvän mallin mukaisesti katson myös keskustelupalstoilla tapahtuvan vuorovaikutuksen ja osallistumisen lähtökohdan sijoittuvan julkis-kollektiiviselle alueelle. Tämä *julkis-kollektiivinen* on Harréa vapaasti mukaillen alue, joka sisältää olemassa olevan yhteisön säännöt sekä toimintatavat, jotka ovat olemassa ennen yksilöä ja jonka vaikutuspiiriin yksilö omine lähtökohtineen astuu tavoitellessaan yhteisön jäsenyyttä. Harrén nelikentässä ensimmäinen siirtymä tapahtuukin juuri alueelta *julkis-kollektiivinen* alueelle *kollektiivis-yksityinen*. Siirtymä alueelle *kollektiivis-yksityinen* tarkoittaa yksilön osalta sitä, että tämän tulee omaksua juuri ne yhteisön jo olemassa olevat säännöt ja tavat saavuttaakseen täysivaltaisen jäsenyyden yhteisössään. (Harré 1983, 44, 256, 258.)

Seuraavassa vaiheessa, omaksuttuaan yhteisönsä perimän, yksilö siirtyy alueelta *kollektiivis-yksityinen* alueelle *yksityis-yksilöllinen*. Tässä siirtymässä keskeiseen asemaan nousee muuntaminen. Yksilö toisin sanoen muokkaa tai muuntaa jo omaksumiaan yhteisön sääntöjä ja toimintatapoja suhteessa omaan historiaansa ja elämäänsä. Yhteisön kulttuurinen perimä ei siis suoraan kopioitu yksilöön. Muuntamisen seurauksena yksilö tuo oman elämänhistoriansa kautta siihen mukanaan aina jotain uutta. (Em. 44, 256–258.)

Muuntamisen jälkeen tapahtuu siirtymä alueelta *yksityis-yksilöllinen* alueelle *yksilöllis-julkinen*. Tässä siirtymässä keskeiseen asemaan nousee Harrén esittämä *julkistamisen* vaihe. Julkistaminen tarkoittaa käytännössä sitä, että alueella *yksityis-yksilöllinen* tapahtunut muuntaminen ja yksilön tuottamat muutokset eivät jää vain yksilön omaksi tiedoksi, vaan nämä muutokset tuodaan julki muun yhteisön tarkkailun sekä arvioinnin alle. Juuri julkistaminen onkin yksilön kannalta tärkein ja herkin vaihe. Mikäli yksilön muunnokset syystä tai toisesta näyttäytyvät äärimmilleen vietyinä tai osoittautuvat liian poikkeaviksi suhteessa yhteisön yleiseen kantaan, saattaa seurauksena olla yksilön jääminen yhteisönsä reuna-alueille tai häviäminen huomaamattomaan massaan. Pahimmillaan epäonnistuneen julkistamisen seurauksena saattaa olla jopa yksilön täydellinen sulkeminen pois yhteisöstä. Toisaalta onnistunut julkistaminen voi yksilön kohdalla tarkoittaa myös, että tehdyistä muunnoksista tai muokkauksista tulee osa yhteisön perimää. (Em. 44, 256–258.)

Viimeinen siirtyminen liittyikin osaltaan juuri edellä mainittuun onnistuneeseen julkistamiseen, jolloin yksilö siirtyy takaisin alueelle julkinen-kollektiivinen, jota kutsutaan konventionalisoitumiseksi. Konventionalisoitumisen myötä yhteisö hyväksyy osan yksilön tekemistä ja julkistamista muunnoksista, ja ne tulevat osaksi yhteisön olemassa olevaa perimää.

Tämän prosessin johdosta yhteisö ei jumiudu paikoilleen, vaan muuntuu ja muokkaantuu yksilöiden tekemien muutosten myötä. (Em. 44, 256–258.)

#### **5.4. Sähköinen vuorovaikutus ja julkistaminen**

Keskustelupalstoilla tapahtuvan anonyymin kommentoinnin osalta keskeiseen asemaan psykologisen avaruuden mallista nousee julkistaminen. Toisin kuin kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa, Internetin keskustelupalstoilla tapahtuva mielipiteiden ja ajatusten vaihto tapahtuu kasvoitta itse keksityn nimimerkin suojissa. Hyvänä puolena tältä osin näen yksilön mahdollisuuden tuoda julki ajatuksia arkaluotoisiksi koetuissa asioissa niin, ettei kirjoittajan oikea identiteetti tai nimi paljastu muille palstan lukijoille ja näin ollen hän säilyttää kasvonsa.

Anonymiteetti antaa toisaalta mahdollisuuden myös jo aiemmin esiinnostamilleni väärinkäytöksille. Siinä missä nimimerkki suojaa sekä mahdollistaa arkojen ajatusten tai mielipiteiden asettamisen muiden nähtäville, arvioitavaksi ja kommentoitavaksi, se samalla mahdollistaa yliampuvien, kaunisteltujen, provosoivien tai muuten totuudesta poikkeavien kannanottojen esittämisen. Tämän osalta Harrén kuvailema julkistamisen-vaihe ei ehkä näyttäydy yhtä riskialttiina tilanteena. Kuten aiemmin esittelemäni Harrén malli antaa ymmärtää, julkistamis-vaiheen riskeihin kuuluu osaltaan yhteisöstä poissulkemisen mahdollisuus julkistettujen ajatusten ollessa liian radikaaleja tai poikkeavia. Keskustelupalstoilla kyseessä on kuitenkin omavalintaisen nimimerkin suojassa tapahtuva sähköinen vuorovaikutus. Juuri tämän saattaa asettaa julkistamisen uuteen valoon.

Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa psykologisen avaruuden malli näyttää julkistamiseen liittyvien riskien osalta toimivan. Internetissä nimimerkin varassa tapahtuva, jo valmiiksi anonyymi vuorovaikutus ei kuitenkaan ehkä istu yhtä osuvasti Harrén esittelemään malliin. Käytännössä tämä tarkoittaa yksilön mahdollisuutta esittää yhteisön yleisestä kannasta varsin voimakkaastikin poikkeavia mielipiteitä syrjäytetyksi tulemisen riskistä huolimatta. Mikäli esitetyt mielipiteet sekä kannanotot osoittautuvat muiden osallistujien mielestä liian poikkeaviksi ja keskustelun muut osapuolet syrjäyttävät tai jättävät huomiotta kyseisen nimimerkin alla ilmaistut mielipiteet, on keskustelun ulkopuolelle jääneellä yksilöllä aina mahdollisuus kirjautua palstalle uuden aiemmasta täysin poikkeavan nimimerkin suojassa. Voikin siis mielestäni olettaa nimimerkin varaan rakentuvan, eräänlaisen sähköisen identiteetin, antavan mahdollisuuden varsin voimakkaiden tai radikaalien ajatusten testaamiseen julkisesti ja turvallisesti ilman lopulliseen syrjäyttämiseen tai

poissulkemiseen liittyvää vaaraa. Psykologisen avaruuden mallin eri vaiheet kuvaavat myös niitä lähtökohtia, joiden varassa anonyymisti toteutettu julkistaminen tapahtuu. Mallin avulla on näin ollen myös mahdollista havaita niitä jo olemassa olevia yleisiä oletuksia sekä sääntöjä, joiden vaikutuspiirin alla keskusteluissa esitetyt uudet mielipiteet ja näkemykset rakentuvat ja tulevat ilmaistuksi.

## **5.5. Tutkijan vastuu ja keskustelupalstojen edut**

Keskustelupalstoihin liittyvistä mahdollisista huonoista puolista huolimatta anonyymiteetti ja syrjäytetyksi tulemisen riskin vähäisyys saattavat kuitenkin antaa mahdollisuuden voimakkaan emotionaalisten kannanottojen sekä mielipiteiden esittämiseen hyvässä mielessä. Hyvien ja huonojen puolien tarjoamat mahdollisuudet nostavat kuitenkin osaltaan esiin kysymyksen tutkijan vastuusta. Aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa tuleekin huomioida millaisiin lähtökohtiin tarkasteltava keskustelupalsta nojaa, mikä kulloinkin on argumentoijan motiivi esitettyyn kommenttiin ja kuinka värittyneenä tai millaisten lasien läpi katsottuna argumentoija asiansa esittää? Toisaalta anonyymisti toteutetut provosointiin tai muiden ärsyttämiseen pohjaavat kommentit kertovat osaltaan niistä asenteista ja käsityksistä, mitä tutkielmani aiheeseen liitetään.

Internetistä kerätyn, keskustelupalstoihin pohjautuvaan aineiston keruutapaan liittyy myös käytännön hyötyjä. Vaikka mahdollisten lupien hakeminen saattaa olla aikaa vievää, on aineiston keruu ja sen käsittely työstettävään muotoonsa muuten melko nopeaa. Toisin kuin vaikkapa haastattelujen kautta kerätyssä aineistossa, on keskustelupalstoilta kerätty aineisto jo valmiiksi kirjoitetussa muodossa. Tästä syystä haastatteluaineistoon liittyvät aikaa vievät tapaamiset, itse haastatteluprosessi sekä kerätyn aineiston purkuun liittyvä haastattelumateriaalin kirjalliseen asuun saattaminen eli litterointi, jäävät pois. Internetaineiston käytäntöön liittyviin etuihin kuuluu myös sen edullisuus. Näistä syistä keskustelupalstoilta kerätyn aineiston käyttö tutkielmassani on mielestäni varsin perusteltua ja käytännöllistä.

## **6. Aineiston hankinta**

Analysoitava aineisto koostuu A-klinikkasäätiön ylläpitämältä Päihdelinkki-sivustolla käydyistä keskusteluista. Vaikka tutkielmaani liittyvää keskustelua käydään myös muilla foorumeilla, osoittautui päihdelinkin foorumeilla käytävä keskustelu varsin kattavaksi ja monimuotoiseksi.

Nimestään huolimatta Päihdelinkki jakautuu useampaan alueeseen, jotka käsittelevät päihteisiin liittyvien aineellisten riippuvuuksien tai ongelmien lisäksi myös rahapelaamiseen, netinkäyttöön tai vaikkapa seksiin liittyviä toiminnallisia riippuvuuksia tai ongelmia. Näiden lisäksi alueet ovat jakautuneet myös kirjoittamisen lähtökohtien sekä mahdollisten syiden mukaan, ja kattavat näin ollen vapaan keskustelun lisäksi muun muassa mielenterveyteen, lopettamiseen ja vertaistukeen liittyviä alueita sekä ongelman omaaville kuin heidän lähipiirilleen.

Tutkielmani kohteena olevat stimulanttilääkkeet ovat hoitomenetelmänä vahvasti sidoksissa ADHD –oireyhtymään, joka sisältää päihteiden käytön ja riippuvuuksien ohella myös muita mahdollisia liitännäisoireita (vrt. Lehtokoski 2004, 22–24). Voikin siis olettaa, että tutkielmani kannalta keskeistä päihteisiin ja stimulanttilääkitykseen liittyvää keskustelua ilmenee myös tilanteissa, joissa lähtökohta keskustelulle nojaa alkujaan johonkin muuhun ADHD-oireyhtymään liittyvään piirteeseen. Juuri monimuotoisuutensa johdosta Päihdelinkki-sivusto on osoittautunut hyödyllisimmäksi tutkielmani aineiston hankinnan suhteen.

## **6.1. Tutkimusluvan hankkiminen ja aineistonkäytön rajoitukset**

Sivustona Päihdelinkki vaatii pääsääntöisesti erillisen kirjautumisen vain silloin, kun keskusteluihin aikoo itse osallistua. Käynnissä olevien keskustelujen seuraaminen on puolestaan kaikille internetin käyttäjille vapaata. Vaikka tutkijan roolissa aikomukseni ei ole osallistua keskusteluihin, vaan tutkia vapaasti etenevää keskustelua siihen itse vaikuttamatta, A-klinikkasäätiö on ohjeissaan määritellyt keskustelujen käyttämisen luvanvaraiseksi. Luvan saaminen edellyttää erillistä ja tarkasti määriteltyä selvitystä tutkimuksen tavoitteista, syistä ja toteutuksesta. Tutkijan on yleisten tutkimuseettisten sääntöjen lisäksi sitouduttava noudattamaan A-klinikkasäätiön ja Päihdelinkin käytäntöjä aineiston keruun ja käytön suhteen.

Aineiston käsittelyssä keskustelijoiden anonymiteetin ja asiakkaiden turvallisuuden takaaminen nousee merkittävään rooliin päihdelinkin.fi-sivuston keskustelujen osalta. Nimimerkkien käytötavan ja niiden anonymisoinnin tärkeyden lisäksi Päihdelinkille on muodostunut käytäntö aineistosta poimittujen suorien esimerkkilainauksen käytön rajoittamisesta. Laadullisen tutkimuksen toteuttaminen kuitenkin edellyttää monesti suorien lainauksen käyttöä. Omalta osaltani, diskurssianalyysin toimiessa metodisena apuvälineenä, tämä käytäntö nousikin merkittävään asemaan. Aineistoesimerkkien käyttö diskurssianalyysin vaatimassa muodossa edellyttääkin

normaalin tutkimuslupahakemuksen lisäksi erillisen ja normaalia perustellumman selvityksen antamista. Tarkemman selvityksen kautta lupa suorien lainausten käyttöön lopullisessa raportissa mahdollistui (**Liite 1, Tutkimuslupa**).

## **6.2. Aineiston kartoitus ja kerääminen**

Päihdelinkki-sivuston laajuudesta ja keskustelujen kirjosta johtuen, on tutkielmaani liittyvän keskustelun löytäminen eri alueiden suoraviivaisella lukemisella lähes mahdotonta. Aihetta käsittelevää keskustelua käydään lisäksi useammalla eri keskustelualueella, ja lisäksi ne saattoivat esiintyä osana tai muodostua osaksi muista aiheista käytäviä keskusteluja. Aineiston keruun helpottamiseksi päädyinkin laatimaan mahdollisimman monipuolisen listan aiheeseen liittyvästä sanastosta. Muodostamani lista koostui lopulta ADHD-oireyhtymään, stimulantteihin ja stimulanttilääkitykseen liittyvistä yleisesti käytössä olevista sanoista, sekä alustavan kartoituksen yhteydessä poimimistani vähemmän tunnetuista päihteisiin ja päihteidenkäyttöön liittyvistä termeistä.

Keräämäni listan pohjalta hyödynsin sivuston tarjoamaa hakusana -toimintoa tekemällä samalla rajauksen noin vuoden sisällä käytyihin keskusteluihin. Yleisimmin esiintynyt hakusana ”ADHD” tuotti ilman aikarajausta noin 1974 tulosta. Hakuajan rajaaminen viimeisimpään vuoteen vähensi osumia 96 tulokseen. Seuraavaksi eniten osumia tuottivat hakusanat Concerta (944 tulosta) ja metyylifenidaatti (390 tulosta). Haun rajaaminen vuoteen tiputti tulokset niin Concertan kuin metyylifenidaatin kohdalla 13 osumaan (taulukko 1).

**Taulukko 1: Hakusanat ja osumat**

<b>Hakusana</b>	<b>Tulos</b>	<b>Viimeisin vuosi (2015-2016)</b>
ADHD	1974	96
Metyylifenidaatti	390	13
Concerta	944	13
Deksamfetamiini	27	4
Dexamfetamiini	26	0
Apteekkipiri	8	2

Tarkempi keskustelujen läpikäyminen osoitti kuitenkin hakutulosten voimakkaan heittelyn johtuvan osittain kirjoitetusta sanasta. Käytetty hakusana ei välttämättä näyttänyt kaikkia tuloksia, mistä osoituksena 0 osumaa tuottanut hakusana ADD, joka kuitenkin esiintyi useaan otteeseen keskustelujen tarkemman läpikäymisen yhteydessä. Tulosten tarkan määrän ilmoittaminen on osaltaan hankalaa myös siitä syystä, että keskustelupalstat ovat jatkuvassa liikkeessä. Aiheeseen liittyviä uusia keskusteluja tai uusia kommentteja käynnissä oleviin keskusteluihin syntyy jatkuvasti. Lisäksi aikarajan asettaminen jättää haun ulkopuolelle keskustelut ja kommentit, joiden kirjoittamisen ajankohta ei asetu viimeisen vuoden sisään tehdyn haun päivämäärän suhteen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että haun tuottamien tulosten määrä saattaa vaihdella melko voimakkaasti jopa muutaman viikon aikana. Lisäksi viestiketjut saattavat ulottua huomattavasti vuotta pidemmille ajanjaksoille etenkin niissä tapauksissa, kun keskustelun viimeisin kommentti on esitetty juuri vuosi taakse päin. Aineiston tarkka ajallinen rajaaminen osoittautui kokonaisuuden kannalta epäkäytännölliseksi. Tästä syystä katsoin mielekkäimmäksi vaihtoehdoksi rajata aineisto vuoden 2010 aikana ja sen jälkeen käytyihin keskusteluihin. Rajoitteistaan huolimatta hakusanojen käyttö osoittautui yksinkertaisuudessaan varsin toimivaksi. Sanahaun avulla oli mahdollista löytää

tutkielmaani liittyvää keskustelua myös niiltä päihdelinkin alueilta, jotka muutoin olisivat saattaneet jäädä kartoittamatta. Hakusanojen yhdistelmähaku niin ikään osoittautui suuntaa antavaksi.

Alustavan aineiston kerääminen tapahtui lopulta hakusanojen ja niiden yhdistelmien kautta löytyneiden keskustelujen konkreettisella ja työläällä läpikäynnillä. Poiminnan ulkopuolelle jätin jo tässä vaiheessa keskustelut, joissa ADHD:n yhteys stimulantteihin jäi epäselväksi tai olivat lähinnä päihdekäyttöannosten määrällistä kuvailua. Löytämäni keskustelut siirsin samassa yhteydessä tekstinkäsittelyohjelmaan siinä muodossa kuin ne olivat, merkiten samalla päivämäärän lisäksi hakusanan jolla keskustelu oli löydetty. Koska eri hakusanoja saattoi esiintyä samanaikaisesti yhdessä keskustelussa, rajasin seuraavaksi poiminnot yleisimmin esiintyvien hakusanojen mukaan. Viestiketjuja muodostui lopulta 35 joissa viestien yhteismäärä oli yhteensä 132 (taulukko 2).

**Taulukko 2: Yleisimmät hakusanat**

Poiminnot	Viestiketjut	Viestit
ADHD	18	58
Metyyliifenidaatti	7	31
Concerta	10	43
<b>Yhteensä</b>	<b>35</b>	<b>132</b>

### 6.3. Analyysin toteuttaminen ja otteiden valinta

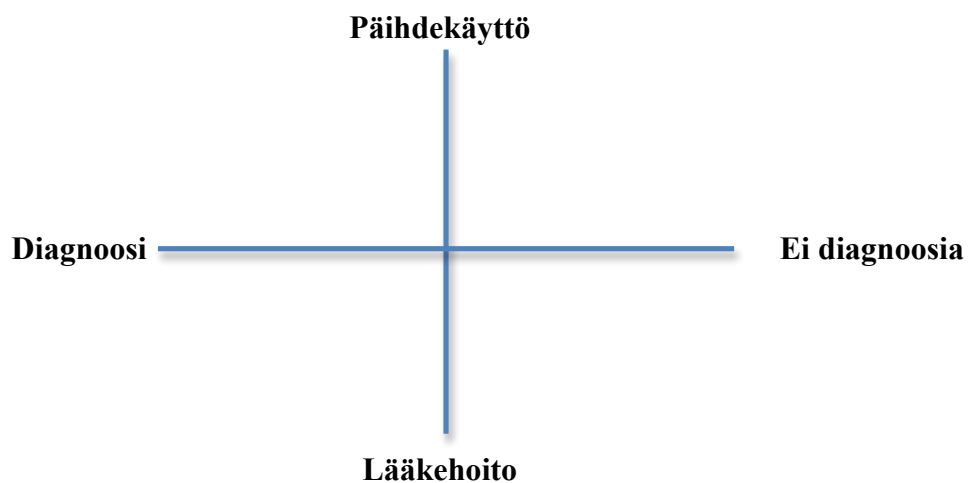
Varsinaista analyysia varten jaoin poimimani otteet sen mukaan, olivatko ne lähtökohdiltaan ja taustoiltaan painottuneet päihdekäytön vai lääkehoidon mukaan, tarkoituksena nostaa poiminnoista esille selkeimmät ääripäät. Päihdekäyttö–lääkehoito jaottelu osoittautui kuitenkin jo tässä vaiheessa liian väljäksi. Etenkin päihdekäytön osalta keskustelua saattoi esiintyä rinnatusten selvästi lääkehoitoon liittyvän puheen yhteydessä. Niin ikään lääkehoitoon liittyvissä keskusteluissa saattoi



esiintyä selvästi päihdekäyttöön liittyvää puhetta. Tästä syystä jaottelun päihdekäyttö-lääkehoito rinnalle tueksi muodostui jaottelu diagnoosi–ei diagnoosia.

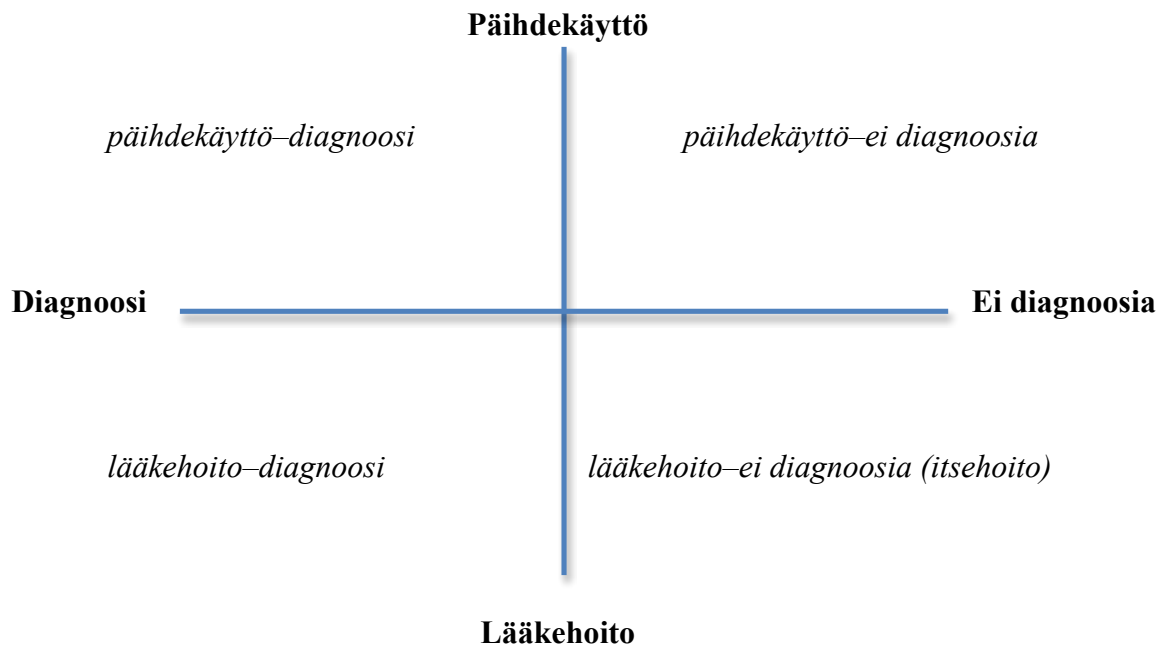
Nämä kaksi jaottelua auttoivat rakentamaan pohjaa rungolle, jonka varaan tulevaa analyysia oli helpompi rakentaa. Keskustelut oli nyt myös helpompi asettaa jaotteluista muodostuneen taulukon (Kuvio 1) ääripäitä edustaville alueille.

**Kuvio1: Käyttötavan ja diagnoosin ulottuvuudet**



Poimitujen ja analysoitavien otteiden asettaminen kuvio 1:n alueille muodosti näin neljä uutta keskustelua kuvailevaa luokkaa. Uudet luokat muodostuivat sen mukaan, minkä kahden ääripään alueelle keskustelu lähtökohdiltaan oli parhaiten sijoitettavissa. Uudet keskustelun peruslähtökohtia kuvaavat neljä uutta luokkaa olivat näin ollen: päihdekäyttö– ei diagnoosia, lääkehoito–diagnoosi, päihdekäyttö–diagnoosi ja lääkehoito–ei diagnoosia eli ennen diagnoosia tapahtunut itsehoito (Kuvio 2).

**Kuvio 2: Käyttötarkoituksen suhde diagnoosiin**



Keskusteluissa esiintyvät vastaukset saattoivat ajoittain olla kirjoitettu muista keskustelijoista poikkeavasta näkökulmasta, minkä johdosta kokonaiset keskustelujaksot olivat monesti sijoitettavissa useampaan kuvio 2:n muodostamaan luokkaan. Tässä vaiheessa kävin sivumäärällisesti melko laajaksi paisuneet keskustelupoiminnat läpi yhdistämällä eri osallistujien toisilleen osoittamat viestit, rakentaen niistä yhtenäisiä ja selkeitä kokonaisuuksia. Keskusteluissa esiintyneistä irrallisista viesteistä ja kommentista poimin samalla erilleen tutkielman kannalta merkityksellisimmät osiot. Seuraavaksi asetin keskustelukokonaisuuksien sisältämät ja jäljelle jääneet yksittäiset viestit kuvion 2 muodostamiin luokkiin (taulukko 3). Taulukko 3: een valikoitui aiemman karsinnan jälkeen selvimmin kutakin luokkaa edustavat viestit.

**Taulukko 3 Viestien sijoittuminen käyttötapaan ja diagnoosiin**

Luokka	Viestit
<i>Päihdekäyttö – ei diagnoosia</i>	22
<i>Päihdekäyttö – diagnoosi</i>	21
<i>Lääkehoito – ei diagnoosia (itsehoito)</i>	10
<i>Lääkehoito – diagnoosi</i>	38

Viestiketjujen sisäinen liikkuvuus osoittautui kuitenkin hyödylliseksi sen tehdessä aineisto-otteiden välisen vertailun helpommaksi. Pällekkäisyyksistään huolimatta taulukko 3 antoi melko selviä viitteitä keskusteluissa esiintyneiden viestien painotuksesta. Jo tässä vaiheessa mielenkiintoisena piirteenä oli havaittavissa luokan *lääkehoito–diagnoosi* suhde kumpaankin päihdekäyttöä painottaneeseen luokkaan verrattuna.

Sijoitettuani aineistosta tekemäni poiminnat kuvio 2:n mukaisiin luokkiin, jaoin kunkin kategorian viestit sen mukaan, käytiinkö keskustelua lääkkeenkäyttäjän itsensä vai tämän lähipiirin näkökulmasta. Tässä vaiheessa aineistosta oli muodostunut jo selviä eri lähtökohtia edustavia kokonaisuuksia ja niitä tukevia erillisiä kommentteja sekä kannanottoja varsinaista analyysia varten. Luokittelujen ja jaottelujen muodostamista kokonaisuuksista oli lopulta helppoa valita tutkielmassani esiintyvät analysoidut aineistoesimerkit.

## 7. Diskurssianalyysi menetelmänä

Käytän aineistoanalyysissä diskurssianalyysia. Sana ”diskurssi” on monimerkityksinen, ja siitä saatetaan tehdä erilaisia tulkintoja tilanteesta riippuen. Sana on alkujaan lähtöisin ranskankielestä ja tarkoittaa puhetta tai juttelua. Yksinkertaistettuna diskurssin voidaan sanoa viittaavan jutteluun. Teoreettisen merkityksen sana sai vasta 1960- ja 1970-luvuilla, jolloin kielenkäyttö nousi keskeiseen asemaan niin humanistisessa kuin yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. (Pietikäinen & Mäntynen, 2009, 22–23.)

Nimensä mukaisesti diskurssianalyysi liittyy juurikin kielenkäyttöön. Diskurssianalyysissa kielenkäyttö nähdään ja sitä lähestytään sosiaalisissa prosesseissa muodostuvana sekä sosiaalista todellisuutta rakentavana tekemisenä, ja sen juuret löytyvät sosiaalisen konstruktionismin traditiosta (Jokinen 2006, 39; Suoninen 2006, 17). Diskurssianalyysi sanana saattaa aluksi antaa itsestään kuvan tarkkarajaisena ja selkeänä tutkimusmenetelmänä. Toisin kuin sana itsessään antaa aluksi ymmärtää, diskurssianalyysi ei kuitenkaan anna valmista selvärajaista tutkimusmenetelmää aineiston käsittelyyn ja työstämiseen, vaan toimii enneminkin suuntaa antavana teoriapohjana tai lähtökohtana. Diskurssianalyysissa tutkijan tehtäväksi jääkin tältä osin juuri tarvittavien menetelmällisten apuvälineiden kehittäminen tutkimusprosessin etenemisen yhteydessä (Suoninen 2004, 148).

## 7.1. Kielenkäyttö sosiaalisen todellisuuden rakentajana.

Diskurssianalyysi näyttää siis olevan kielenkäyttöön sekä sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen liittyvä teoreettis-metodologinen viitekehys, joka ei välttämättä itsessään tarjoa tutkijalle valmiita välineitä. Tutkijan vastuulle jäävien menetelmällisten välineiden kehittämisen osalta perehtyminen diskurssianalyysiin aiemmin mainittuna teoreettisena viitekehyksenä on varsin tärkeää. Jokisen, Juhilan ja Suonisen (2004, 17) mukaan tämä rakentuu seuraavista viidestä oletuksesta:

1. *Oletus kielenkäytön sosiaalista todellisuutta rakentavasta luonteesta*
2. *Oletus useiden rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien merkityssysteemien olemassaolosta*
3. *Oletus merkityksellisen toiminnan kontekstisidonnaisuudesta*
4. *Oletus toimijoiden kiinnittymisestä merkityssysteemeihin*
5. *Oletus kielenkäytön seurauksia tuottavasta luonteesta*

Maailman kuvaamisen ei siis voi sanoa olevan kielenkäytön ainoa tehtävä tai tarkoitus. Kielenkäyttö myös osaltaan ”merkityksellistää ja samalla järjestää ja rakentaa, uusintaa ja muuntaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme” (Jokinen ym. 2004, 18). Kielenkäytön kautta ”toisin sanoen *konstruoimme* eli merkityksellistämme ’kohteet’, joista puhumme tai kirjoitamme” (Jokinen ym. 2004, 18). Käytännössä tämä tarkoittaa tapaa, jolla rakennamme irrallisista sanoista ja käsitteistä kulttuurisesti ymmärrettyjä merkityksiä ja merkityskokonaisuuksia. Merkitysten kulttuurisidonnaisuudesta johtuen niiden havaitseminen saattaa osoittautua hankalaksi. Juuri näiden konstruktoiden ja merkityssysteemien havaitseminen sekä esiin tuominen on tyypillistä diskurssianalyysia tehtäessä. (Jokinen ym. 2004, 18–20.)

Kielenkäytön ei myöskään voi sanoa toimivan yksiselitteisenä tai suoraviivaisena ulkoisen tai mielensisäisen todellisuuden peilikuvana. Diskurssianalyysissa pyritään ennemminkin tuomaan esille sitä ”miten sosiaalinen todellisuus on rakentunut ja miten sitä jatkuvasti rakennetaan” (Jokinen ym. 2004, 20–21). Diskurssianalyysissa pyritään ennemminkin tuomaan esille sitä, miten todellisuus on sosiaalisesti rakentunut ja millä tavoin sitä se tulee yhä uudelleen rakennetuksi. Kiinnostus kohdistuu toisin sanoen niihin keinoihin, joilla tämä todellisuus tulee tuotetuksi siihen liittyvine merkityksineen ja merkityssysteemeineen. Merkityssysteemit siis rakentuvat osana sosiaalisia käytäntöjä eivätkä nouse sattumanvaraisesti esille yksilöiden mielensisäisten prosessien tuotteina tai ilmentyminä. (Em. 20–21.)

## 7.2. Merkityssysteemeistä

Diskurssianalyysissä kielen ei katsota muodostavan yhtä ja ainoata yhtenäistä kokonaisuutta, vaan ennemminkin useita erilaisia merkityssysteemeitä. Sosiaalinen todellisuus siis muodostuu monista samanaikaisista tai rinnakkaisista, eri tavoin maailmaa ja sen ilmiöitä merkityksellistävistä systeemeistä. Kielenkäytön kautta ikään kuin asemoidutaan tilannekohtaisesti erilaisiin, toisistaan mahdollisesti hyvinkin poikkeaviin, kulttuurisesti jaettuihin merkityssysteemeihin. Puheen aikana saatetaan siis liikkua useiden eri merkityssysteemien alueilla. Toisin sanoen on mahdollista merkityksellistää yksi ihminen samanaikaisesti vaikkapa mieheksi, urheilijaksi, hiljaiseksi, juopoksi, aikuiseksi, työttömäksi ja niin edelleen. (Jokinen ym. 2004, 24–25.)

Merkityssysteemejä kutsutaan vaihtelevasti diskursseiksi tai tulkintarepertuaareiksi. Vaikka diskurssit ja tulkintarepertuaarit ovatkin lähellä toisiaan, on niiden välinen ero silti havaittavissa. Diskurssin on osuvampi valinta ”tutkimuksiin, joissa painopiste on ilmiöiden historiallisuuden tarkkailussa, valtasuhteiden analyysissä tai institutionaalisissa sosiaalisissa käytännöissä” (Jokinen ym. 2004, 27). Tulkintarepertuaari on taas soveltuvampi ”tutkimustehtäviin, joissa spesifioidaan yksityiskohtaisesti arkisen kielen käytön vaihtelevuutta” (Jokinen ym. 2004, 27–28).

Merkityssysteemeitä tutkittaessa tavoitteena on päästä eräänlaiseen vastavuoroiseen keskusteluun aineiston kanssa. Aineistoa ei tule nähdä selvästi havaittavien ja suoraan kerättävissä olevien diskurssien tai tulkintarepertuaarien kokonaisuutena. Tavoitteena on ennemminkin aineistosta tehtyjen perusteltujen tulkintojen tuottaminen, joiden tuloksia voidaan kutsua diskursseiksi tai tulkintarepertuaareiksi. Diskurssit ja tulkintarepertuaarit ovat toisin sanoen tämän tulkintaprosessin kautta syntyneitä tuloksia. Tutkijan tehtävänä on siis täsmentää tai selventää juuri sitä, miten tämän tulkintaprosessin tuloksena syntyneet diskurssit ja tulkintarepertuaarit toteutuvat toisistaan poikkeavissa ja vaihtelevissa sosiaalisissa käytännöissä. (Em. 28.)

## 7.3. Toiminnan kontekstuaalisuus ja toimijan kiinnittyminen merkityssysteemeihin

Kontekstin voi yksinkertaistetusti sanoa tarkoittavan tapahtumatilannetta. Vaikka erilaiset sosiaaliset käytännöt muokkaavat sekä antavat uusia piirteitä diskursseille ja repertuaareille, ei kontekstia tule kuitenkaan nähdä aineiston käsittelyä hankaloittavana tekijänä. Kontekstin

huomioon ottaminen ja mukaan tuominen antaa enneminkin analyysille lisäväriä ja monimuotoisuutta. Kontekstin merkitys ja asema korostuvatkin juuri analyysia tehtäessä, sillä aineistosta tehdyt tulkinnat tulee suhteuttaa juuri siihen aikaan ja paikkaan, jossa toiminta kulloinkin tapahtuu. (Jokinen ym. 2004, 29–30.)

Kontekstin merkitys diskurssianalyysissa näkyy myös minän rakentumisen kohdalla. Minän suhteen kiinnostuksen kohteena ovat ne käytännöt ja järjestelmät, missä minän rakentuminen tapahtuu tai se missä se tulee rakennetuksi. Minän rakentuminen nähdään tällöin tapahtuvan tietyissä konteksteissa. Minän rakentuminen ei kuitenkaan ole sidoksissa johonkin tiettyyn kontekstiin, vaan toimijan asemoituminen eri konteksteihin välillä on melko joustavaa ja vapaata. Tämä mahdollistaa sen, että yksilölle voi rakentua useampia, erilaisissa konteksteissa esiin nousevia minuuksia, joita voidaan kutsua roolipositioiksi. Tällöin tutkimuksen kohteeksi tulevat nämä moninaisen minuuden eri versiot, eikä pyritä ratkaisemaan sitä mikä näistä minuuksista edustaa yksilön minuutta aidoimmillaan. (Em. 37–38.)

Toimijaulottuvuuden kuvaamiseen diskurssianalyysissa on käytetty käsitteitä ”identiteetti”, ”subjektipositio” ja ”diskurssin käyttäjä” (Jokinen ym. 2004, 38). Identiteetillä tässä tapauksessa tarkoitetaan toimijan itselleen ja muille tekemiä sekä muiden toimijoiden hänelle tekemiä oletuksia oikeanlaisista ja toivotuista toiminnan tavoista tai käyttäytymismalleista. Diskursseilla ja repertuaareilla voi katsoa olevan vaikutusta siihen, millaisiksi identiteetit kulloinkin muodostuvat. Subjektiposition käsite on puolestaan yhteydessä niihin rajoituksiin ja ehtoihin, joita toiminnalle asetetaan tai vaihtoehtoisesti sillä pyritään kuvailemaan yhden ja saman toimijan asemoitumisessa tapahtuvaa vaihtelua. Subjektiposition suhteen on muistettava se, että positiot tuotetaan aina sosiaalisissa käytännöissä eivätkä ne ole valmiiksi olemassa. Diskurssin käyttäjässä kyse on taas ihmisen itsensä määrittelemisen keinoista, sekä siitä miten ja millaisin keinoin ihminen puhuu kokemuksistaan. Toiminta voi siis tapahtua useissa toisistaan poikkeavissa merkityssysteemeissä, jolloin identiteetit näyttäytyvät muunneltavissa olevina voimavaroina. (Em. 38–40.)

#### **7.4. Kielenkäytön seurauksia tuottavasta luonteesta**

Kielenkäyttöä ei tule käsittää ainoastaan muusta tekemisestä irrallaan olevana tapana kuvata erilaisia asioita. Käyttäessämme kieltä tulemme toki aina kuvanneeksi jotakin, mutta muistettava on, että samanaikaisesti tulemme aina myös tehneeksi jotakin sen kautta. Kielenkäytöllä toisin

sanoen kerromme tai kuvaamme jotain todellisuudesta ja sen olemuksesta, mutta yhtäläisesti myös rakennamme samaista todellisuutta. Tätä jälkimmäistä, todellisuuden rakentamiseen liittyvää seikkaa, voi kutsua ”kielenkäytön seurauksia tuottavaksi luonteeksi” (Jokinen ym. 2004, 42). Olennaista on siis se, mitä kulloinkin tulemme tehneeksi ja tuottaneeksi kielenkäytön myötä. Kyse on siis siitä, millaisia tilanteesta riippuvia tavoitteita tai pyrkimyksiä eli funktioita tekoon sisältyy. Funktiolla ei kuitenkaan tule ymmärtää vain niitä vaikutuksia, jotka ovat lähtöisin toimijan omista tarkoituksiperistä. Merkillepantavaa on ennemminkin se millaiset funktiot ovat kulloinkin mahdollisia ja kuinka ne toteutuvat vuorovaikutteisissa tilanteissa. Kielenkäytöllä voi olla myös laajempia ”ideologisia seurauksia” (Jokinen ym. 2004, 43). Diskurssin seuraukset voivat osoittautua niin kielteisiksi kuin myönteisiksi ja ne saattavat tästä syystä näyttäytyä ajoittain hyvinkin ristiriitaisina. Analyysin tavoitteena on tällöin näiden ristiriitaisen ja vaikeasti havaittavien seurausten etsiminen ja löytäminen. (Em. 41–43.)

Näiden ideologisten seurausten esiinnostamisen voi nähdä diskurssianalyysin yhteiskunnallista merkittävyyttä lisäävänä tekijänä. Ideologisten seurausten huomioon ottaminen tekee myös sosiaalisen todellisuuden jäsenyyksiä koskevien eri variaatioiden havaitsemisesta ja niiden osoittamisesta mahdollista. Havaintoihin pohjautuvien tulkintojen ja kannanottojen tulee kuitenkin olla hyvin perusteltuja. Tältä osin esiin nousee jälleen kysymys tutkijan vastuusta. Tutkijan tulee siis huomioida oma asemansa ja ne seuraukset, joita tutkimustulokset ja tulkinnat saattavat saada aikaan tai mitä ne tekevät mahdollisiksi. (Em. 44–45.)

## **8. Analyysi ja tulokset**

ADHD-oireyhtymään sekä sen lääkehoitona käytettyihin stimulantteihin liittyy ennakkokäsityksiä, luokittelua ja sosiaalista leimaavuutta. Yleisen keskustelun ja vallitsevan ilmapiirin lisäksi edellä mainittua kategorisointia sekä leimaamista näyttää tapahtuvan myös diagnosoitujen itsensä kohdalla. ADHD oireineen ja siihen liittyvät liitännäisilmiöt koskettavat diagnosoidun itsensä lisäksi niitä sosiaalisia ryhmiä, missä diagnosoitu kulloinkin toimii.

## 8.1. Lääkkeen ja huumeen verrattavuus

Suhtautumistavat stimulanttilääkitykseen ovat varsin vaihtelevia. Kyse on huumausaineeksi luokiteltavista yhdisteistä, joiden vaikutusmekanismit muistuttavat amfetamiinia tai kokaiinia. Tästä syystä raja huumausaineen ja lääkkeen välillä saattaa ajoittain hämärtyä. Aineistoa tarkastelemalla käsitystä lääkkeen todellisesta luonteesta avaavat ehkä helpoiten keskustelut, jotka ovat yhdistettävissä reseptin tai diagnoosin ulkopuolella tapahtuvaan itsehoitoon tai lääkeaineen viihdekäyttöön.

Yhtenä esimerkkinä tästä toimii Päihdelinkki-sivustolla käyty keskustelu, jossa kummatkin osallistujista ovat käyttäneet laittomia huumausaineita sekä lääkkeitä hoito-ohjeen vastaisesti tai sen ulkopuolella. Keskustelijoille kummallekin piri (amfetamiini) sekä metyyylifenidaatti ovat ennalta tuttuja, ja näin ollen tietävät kyseistein aineyhdisteiden vaikutustavat. Aineisto-otteessa keskustelija B on aiemmin harmitellut väsymystään ja ahdistustaan, jota keskustelija A on katsonut aiheelliseksi kommentoida. Keskustelu on lähtenyt käyntiin muista lääkkeistä, mutta päättyy lopulta kahden keskustelijan toisilleen osoittamiin kommentteihin:

Ote 1, Esimerkki 1 (Keskustelija A)

*”Juu, ihan oma asiasi, mitä vedät ja kyllä mäkin täällä taas itseäni vähän piristelin, tosin vain omilla Tramaleillani, mutta mulle ne sopivat paremmin piristykseksi, kuin ihan oikeat piristeet. No vittu, vedin sitä ihan vain viinakitkutukseni hiljentämiseen, kun suu on taas alkanut napsutella ja vielä en voi korkata, koska huomenaamuna labra 🤔🏠.*

*Muistelen sun joskus sanoneen, että metyyylifenidaatti piristää sua, kohottaa mielialaasi ja parantaa toimintakykyäsi, muttet saa siitä vittumaista laskumasennusta 😊. Mikset vedä sitä, jos kerran jotakin piristettä tarvitset, mutta ehdalla pirillä se laskujen maksu käy liian tuskaiseksi. No, tietty, jos et tunne ketään, keneltä sitä hankkisit, etkä kehtaa mennä keneltäkään lääkäriltä kinuamaan, niin vaikeampi homma silloin, mutta ajattelin vain. Mä nyt saan siitäkin roippeesta laskumasennuksen, mutta mullepa eivät stimulantit ole koskaan sopineet, vaikka niiden käyttöä olenkin kovin ahkerasti harjoitellut 🏠. Ei se MF-laskujen depis kuitenkaan mullakaan ole mitään verrattuna **kunnon** pirilaskuihin, eikä MF:stä*



*tietenkään samaa fiilistä saa, kuin **hyvästä** piristä. Sen sijaan MF on ollut kyllä monesti parempaa, kuin tyystin **paska** piri.”*

Virallisesta lääkelausunnasta huolimatta, metyyliifenidaatin käyttöön liittyvä keskustelu sisältää samoja kielellisiä piirteitä ja terminologiaa huumeista käytävä keskustelun kanssa. Keskustelussa käsitellään laitonta amfetamiinia ja lääkkeenä käytettyä metyyliifenidaattia toisiinsa verrattavissa olevina substansseina.

Aineistokatkelmassa useiden muiden läpikäymieni keskustelujen tavoin otteessa 1 sanat *metyyliifenidaatti* ja *piri* esiintyvät rinnakkain. Selvimmin havaittavissa olevaa vertailua tapahtuu keskustelija A:n osuuden lopussa. Vertailun lähtökohtana ovat A:n kokemukset käytönjälkeisistä ahdistus- ja masennustiloista, joita kuvastaa ilmaisu ”laskut”. A:n kokemuksen mukaan hänelle ”laskut” tulevat niin amfetamiinista kuin metyyliifenidaatista. ”MF-laskujen depis” ei kuitenkaan ole A:n mukaan ”mitään verrattuna **kunnon** pirilaskuihin”. Tämän jälkeen A näkee tarpeelliseksi vertailun käyttövaikutusten osalta. Kuten ”laskuissa”, myös käytön aikaisessa vaikutuksessa on A:n mukaan eroja ”eikä MF:stä tietenkään samaa fiilistä saa” kuin vertailukohteena olevasta ”**hyvästä** piristä”. Hyvälaatuisen amfetamiinin yliveraisuuden osoittamisesta seuraa viimeinen vertaus. Kaikesta huolimatta A:n mukaan ”MF on ollut kyllä monesti parempaa” silloin, jos vertailun kohteena on ollut ”tyystin **paska** piri”.

Edellinen, ajoittain voimakkaita ilmaisuja sisältävä arviointi luo kuvaa yhtäläisyyksistä lääkkeen ja laittoman huumeaineen välillä. Lääke ja laiton huume kulkevat A:n kommentoissa rinnatusten. Vaikutukset ja mahdolliset jälkiseuraukset ovat mitä ilmeisimmin niin lähellä toisiaan, että vertailu niiden välillä on mahdollista.

Aineisto-otteessa 1 keskustelija A osoittaa, kuinka helposti laillisesta lääkkeestä ja laittomasta huumeesta on mahdollista puhua rinnatusten vertailtavissa olevina substansseina. Pelkkä vaikutusten vertailu antaa kuitenkin vain osittaisen kuvan häilyvästä huumeen ja lääkkeen välisestä rajasta. Keskusteluosuuden lähempi tarkastelu osoittaa kyseen olevan muustakin kuin selvimmin näkyvästä piri- ja metyyliifenidaatti-termien rinnakkaisesta käytöstä. A:n tapa puhua laittomasta huumeaineesta on ajoittain sama, kuin tapa jolla otteessa käsitellään metyyliifenidaattia. Huume keskustelussa tai -puheessa on oma terminologiansa, joiden merkitys on sidoksissa juuri

huumeen ja sen käytön kontekstiin. Huumeisiin liitetty puhetapa on luonnollisesti varsin poikkeava lääketieteen piirissä käytetystä puheesta.

Otteen 1 toinen kappale alkaa keskustelija A:n viittauksella aiemmin käytyyn keskusteluun, jossa B on A:n muistikuvien mukaan maininnut metyyllifenidaatin sopivan hänelle amfetamiinia paremmin. Syynä A:n muistikuvien mukaan ovat samat positiiviset vaikutukset kuin amfetamiinilla, mutta ilman B:lle siitä aiheutuvaa ”vittumaista laskumasennusta”. Tästä syystä A päätyy kummastelemaan, miksi B ei amfetamiinin sijasta ”vedä sitä” viitaten metyyllifenidaattiin. Jo tässä vaiheessa A on jälleen tehnyt vertailun lääkkeen ja huumeen vaikutusten välillä. Lääkkeen vaikutus B:hen on toivotunlainen. B:lle ei kuitenkaan koidu metyyllifenidaatista mahdollista ”laskumasennusta”, jota A omalla kohdallaan vertaa ”pirilaskuihin”.

Termillä ”laskut” A tarkoittaa tässä yhteydessä huumausaineisiin liitettyä ja niiden käytöstä seuraavaa epämiellyttävää ahdistustilaa. Tässä merkityksessä sana ”laskut” pitää sisällään vahvan viittauksen huumausaineisiin ja niiden käyttöön. ”Laskuihin” liittyen A ihmettelee myös, miksi B ei ryhdy ”vetämään” eli käyttämään metyyllifenidaattia amfetamiinin sijasta. Termin ”laskut” tavoin sana ”vetäminen” on liitettävissä huumausaineisiin. Huumausaineista käytävän puheen yhteydessä ”vetäminen” merkitsee huumausaineen käyttöä.

A:n kommentissa ”vetäminen” toimii kuitenkin myös metyyllifenidaatin käyttöä kuvaavana sanana. Mikäli A merkityksellistäisi metyyllifenidaatin yksinomaan lääkkeeksi, käyttöä kuvaamaan toimisi luultavimmin jokin toinen sana. Arkikielessä ja –keskustelussa on harvinaisempaa kuulla kenenkään ”vetäneen” antibiootteja, vatsahappolääkkeitä tai vaikkapa antihistamiinia. A:n suhde metyyllifenidaattiin kärjistyy mahdollisesti jopa paremmin otteen 1 kohdassa, jossa hän kertoo itse saavansa ”siitäkin roippeesta laskumasennuksen”. Metyyllifenidaattia merkitsevä termi ”roiipe” tuntuu niin ikään vieraalta, mikäli sitä käytettäisiin kuvaamaan edellisen esimerkin tavoin antibiootteja tai vatsahappolääkkeitä.

Keskustelija A:n suhtautumistapa lääkkeenäkin käytettävään metyyllifenidaattiin saattaa aueta vapaamuotoisesti rakennetun yhteenvedon avulla. Virallisesta lääkeluokituksesta huolimatta tähän mennessä A:n käyttämiä ilmaisutapoja mukaillen metyyllifenidaatti on mahdollista määritellä *pirin tapaiseksi roippeeksi jonka vetämisestä saattaa seurata ikävät laskut*.

## 8.2. Lääke ja resepti

Edellisissä otteen 1 esimerkeissä A:n ilmaisutavoissa ja kerronnassa metyylylifenidaatti näyttää löytäneen paikkansa osana huume puhetta. Keskustelija A liittää kerronnassaan metyylylifedaatin osaksi sitä puhetapaa, joka määrittelee huumeista käytävässä keskustelussa käytettyjen termien ja ilmiöiden merkityksiä. Vaikka A:n käsitys ja suhtautuminen metyylylifenidaattiin näyttäisi merkityksellistyvän huumausaineiden kautta, on metyylylifenidaatin asema ja status lääkkeenä ilmaistu epäsuorasti huume puheen lomassa.

Epäsuora viittaus lääkkeeseen sijoittuu keskustelun osaan jossa A nostaa esiin metyylylifenidaatin saatavuuteen liittyviä mahdollisia ongelmia tai esteitä. Lauseessa ”No, tietty, jos et tunne ketään, keneltä sitä hankkisit, etkä kehtaa mennä keneltäkään lääkäriltä kinuamaan, niin vaikeampi homma silloin, mutta ajattelin vain” metyylylifenidaatin määritelmä ja merkitys painottuu sen asemaan lääkkeenä. Hankintaan liittyvät ongelmat näyttävätkin johtuvan juuri siitä tosiasiasta, että kysymys on juurikin lääkkeestä. A:n esittämästä lauseesta käy ilmi, että metyylylifenidaattia on saatavilla amfetamiinin tavoin, mikä kuitenkin edellyttää juuri oikeiden ihmisten tuntemista. Mikäli tarvittavien tahojen löytäminen osoittautuu hankalaksi, on vaihtoehtona oman reseptin hankkiminen lääkärin kautta.

Oman reseptin hankkiminen lääkäriltä saattaa kuitenkin osoittautua varsin hankalaksi. Reseptin saamisen hankaluutta kuvastaa A:n sana valinta ”kinuaminen”. Toisaalta ”kinuamisen” voi samalla nähdä viittaavan johonkin toivottuun ja tavoittelemisen arvoiseen. Diagnoosin kautta saatu resepti saatetaan nähdä eräänlaisena vastuusta vapauttajana tai lupakirjana joka samalla mahdollistaa ja takaa jatkuvan saatavuuden (vrt. Schubert ym. 2009).

Keskustelija A:n esittämä lause tekee tällä tavoin jälleen eron laittoman huumeen ja lääkkeen välille. Metyylylifenidaatti toisin sanoen on aina suoraan tai välillisesti sidoksissa lääkäriltä saatavaan reseptiin ja määrittyy tältä osin lääkkeeksi. Saatavuus edellyttää joko omaa reseptiä tai sellaisten tahojen tuntemista joilla resepti jo valmiiksi on. Resepti näyttäytyy siis eräänlaisena avaimena alkuperäislähteelle, jossa päätöksen sisäänpääsystä tekee lääkäri.

### 8.3. Kohti hoitomenetelmää

Keskustelu on A:n osalta painottunut metyylyfenidaatin ja amfetamiinin yhtäläisyyksiin ja eroihin piristeinä. Viittaukset yhdisteen lääkinnälliseen puoleen jäävät sisällöstään huolimatta yhteen ohimennen mainitulta kuulostavaan lauseeseen. Metyylyfenidaatin hoitomenetelmälliseen käyttöön liittyvä kommentointi sijoittuu B:n vastaukseen. Keskustelija B:n vastaus A:lle koostuu lopulta vain kahdesta lauseesta. Yhdistettynä aiempaan keskustelija A:n osuuteen, kertoo lausepari silti hyvinkin paljon.

Ote 1, esimerkki 2 (Keskustelija B)

*Pirin saatavuus on parempi ja laatu hyvä, paskaa en osta. Ei mulle kukaan lääkäri kirjottaisi MF:ää kun en ole ADHD.*

Metyyliifenidaattiin verrattuna ”pirin saatavuus on parempi” B:n mukaan. B:n vastaus vahvistaa A:n esittämät metyylyfenidaatin hankintaan liittyvät vaikeudet oikeiksi, luoden samalla jo tutuksi tulleen yhteyden laittomaan amfetamiiniin. A:n tavoin myös B osoittaa oman kokemuspohjansa viittaamalla käyttämäänsä amfetamiiniin, jonka ”laatu on hyvä”. Tietämystään B korostaa jatkokommentilla ”paskaa en osta”. Lauseessa B:n osoittama asiantuntemus ei kuitenkaan poissulje metyylyfenidaattia, minkä voi nähdä osittaisena viittauksena aineyhdisteiden samankaltaisuudesta.

Suurin syy B:n siirtymisessä amfetamiinista metyylyfenidaattiin liittyy saatavuuteen. B:llä on kokemusta metyylyfenidaatista, mutta kontaktit näyttävät painottuvan amfetamiiniin. Toisessa lauseistaan B huomioi A:n esittämän vaihtoehdon oman reseptin hankkimisesta toteamalla ”ei mulle kukaan lääkäri kirjottaisi MF:ää kun en ole ADHD”. Saatavuus on jälleen sidoksissa reseptiin ja lääkäriin, mutta samalla oireyhtymään sekä sen hoidossa käytettyyn metyylyfenidaattiin.

Keskusteluun B:n toimesta mukaantuotu ADHD muokkaa aiempaa lääkärin ja reseptin rajoittamaa asetelmaa. Metyylyfenidaatin käyttö lääkkeenä on hyvin rajattu, ja reseptin saaminen vaatii tästä syystä lähes poikkeuksetta ADHD-diagnoosin. Kommentillaan B sijoittaa metyylyfenidaatin takaisin lääketieteen kenttään ADHD:n hoitomenetelmän ja lääkityksen kautta. Näin B yhdistää aiemman ”piristä”, ”stimuista” ja ”roippeista” käydyn huumepuheen osaksi laajempaa ADHD

keskustelua. ADHD:n mukaan tuominen osittain siirtää metyylifenidaattia käsitteenä lähemmäksi lääketieteellistä tai hoitomenetelmään liittyvää puhetta. Samalla se kuitenkin liittää osaksi tai vähintäänkin ohjailee ADHD:ta käsitteenä kohti huume puhetta.

Lääkenäkökulmasta tarkkailtuna metyylifenidaatin asema suhteessa muihin väärinkäytön mahdollistaviin lääkkeisiin saattaa näyttäytyä poikkeavana. Aineisto-otteessa 1 on nähtävissä myös viitteitä tästä. Keskusteluosion alussa A itsekin kertoo ”piristelleensä” hiljattain. Tämän jälkeen A tekee huomautuksen edelliseen toteamalla ”tosin vain omilla Tramaleillani, mutta mulle ne sopivat paremmin piristykseks, kuin ihan oikeat piristeet”. A:n käyttämät Tramalit ovat kohtuullisen voimakkaita reseptikipulääkkeitä, joita A on ottanut ”viinakitkutuksensa” hiljentämiseen. Tramaleista kertoessaan on A:n ilmaisutapa kevyempi, ellei jopa vähättelevä verrattuna tapaan, jolloin kyseessä on ”ihan oikeat piristeet”. Poiketen monista muista väärinkäytön mahdollistavista lääkkeistä, kuten Tramalista, metyylifenidaattia pidetään verrattavissa olevana tai sitä suoranaisesti verrataan koviin huumeisiin luokiteltavaan amfetamiiniin.

Kuten aiemmin tutkielmassani on ilmennyt, ovat niin ADHD kuin päihteet tai laittomat huumausaineet sosiaalisesti leimaavia. Edellä kuvailtu ja läpikäymäni aineisto-ote kuvaa osaltaan ADHD-lääkitykseen liitettyjen merkitysten ristiriitaisuutta ja sen mukana tuomia ongelmia. Metyylifenidaatti lääkkeenä on osoittautunut toimivaksi menetelmäksi jo itsessään leimaavan ADHD-oireyhtymän hoitokeinona. Samanaikaisesti oireiden lievittämisessä käytetty lääke on vakiinnuttanut paikkansa osana päihteistä ja huumeista käytävää keskustelua.

## **8.5. Lähtökohtana lääkehoito**

Lääkestimulanteista käytävään keskusteluun sisältyy monesti huumeisiin viittaavaa puhetta ja joissain tapauksissa suoranaista rinnastusta. ADHD:n lääkeshoidossa käytettyihin stimulanteihin liitettyjen merkitysten ja suhtautumistapojen havaitsemisen kannalta on aiheellista tarkastella stimulantteja muiden lääkkeiden rinnalla.

Ote 2 on niin ikään poiminta Päihdelinkki-sivustolla käydystä keskustelusta. Keskustelijoilla kummallakin edellisen tavoin on taustaa päihteistä. Keskustelu liittyy kuitenkin akuutin kriisin aiheuttamaan ahdistukseen, ja näin ollen lähtökohtaisesti yhteydessä lääkehoitoon. Keskustelu käsittelee metyylifenidaatin ohella monia muita lääkkeitä, joita keskustelun osapuolet ovat

käyttäneet niille määrättyssä tarkoituksessa. Keskustelijoiden lähtökohdat päihdetaustastaan huolimatta eroavat sen suhteen, että D:llä ei C:n tavoin ole aiempaa kokemusta stimulanteista. D on hoitanut ahdistustaan bentsodiatsepiineillä eli rauhoittavilla lääkkeillä. Keskustelua lääkärin kanssa on muiden mahdollisten vaihtoehtojen yhteydessä käyty myös lääkestimulanteista.

Ote 2, esimerkki 1 (Keskustelija C)

**D (nimi muutettu):** Eihän tuossa mitään muuta järkevää vaihtoehtoa ole, kuin ne benzot, jos kyse on kerran akuutin kriisin katkaisemisesta. Mielipideläkkeillä kun kestää aikansa, että alkavat tuntua yhtään missään, mutta benzot jeesaavat täsmänä. Opparit toki jeesaisivat masikseen vielä paremmin täsmänä, jos niiden vaikutuksesta yhtään pitää, mutta jos ovat kerran poissuljettu vaihtoehto, niin eipä voi mitään. Itse olen sitä mieltä, että miedot opparit tulisi ottaa ihan virallisesti mielipideläkekäyttöön niillä ihmisillä, joilla ne siihen tarkoitukseen parhaiten toimivat, mutta se nyt on taas asia erikseen. Stimulantit(apteekkipiri, metyyllifenidaatti) kyllä piristävät ja kohottavat mielialaa hurjasti ja ihan täsmänä, ainakin mulla, mutta unettomuuteen eivät auta sitten tippaakaan ja laskut mä noistakin saan. Sinusta en tiedä, mutta olen käsittänyt, ettet olisi liiemmin stimulantteihin koskaan sekaantunut, joten ehkä lienee parempi pysyäkin moisista erossa, jos kyseessä on tosiaan masennuksen hoito, ei mikään ADHD 😊.

Ote 2 esimerkki 2 (Keskustelija D)

Itseasiassa keskustelin kyllä tohtorin kanssa depotti tramaleista pienellä annoksella mutta se ei kuulemma ole kovin hyvä idea koska saan niin herkästi 10-14vuorokaudessa ihan konreettisia reflakipuja jo 100-200mg/pv annoksella ja vähempää on turha syödä kun ei dumpkaa ahdistusta ja troppi yleisesti vain pahentaa unettomuutta.

Puheena olivat myös esim. modafiini, apteekkipiri, metyyllifenidaatti, karbamatsepiini, gabapenttiini, topiramaatti, jne... Ei taida olla juuri tässä tilanteessa diapamin voittanutta ja ehkä hyvä niin. Litoo ja jotain ihan uusinta uutta masislääkettä (jonka nimee en ollut koskaan edes kuullut) tarjos kokeiluun jos alkaa hamppunkäyttö jostain syystä ahdistamaan ja

*lääkinnälliset vaikutukset mystisesti katoaa (taidan passata)* 🎁

*Suositteli myös erityisesti kestävyysurheilua missä tahansa koko kroppaa rasittavassa muodossa jos mitenkään mahdollista koska tällaiset touhut vapauttavat sisäsyntyisiä kemikaaleja jotka sitoutuvat niihin samoihin reseptoreihin joita minun ehkä kannattaisi stimuloida* 😊

Otteessa 2 ilmenee niin ikään viittauksia lääkkeen ja laittoman huumausaineen välillä. Suoraa rinnastusta tapahtuu kuitenkin melko vähän. C:n keskusteluosuudessa konkreettisin viittaus esiintyy lauseessa ”Stimulantit(apteekkipiri, metyylifenidaatti) kyllä piristävät ja kohottavat mielialaa hurjasti ja ihan täsmänä, ainakin mulla, mutta unettomuuteen eivät auta sitten tippaakaan ja laskut mä noistakin saan”. Metyylifenidaatti ja ”apteekkipiri”, eli deksamfetamiini, sijoittuvat lauseessa kuitenkin yleiskategorian ”stimulantit” alle. Otteessa 2 metyylifenidaatin rinnalle nousee toinen ADHD:n hoidossa käytetty lääke deksamfetamiini. Deksamfetamiinin mukaantuominen lääkestimulantti-keskusteluun hämärtää huumeen ja lääkkeen rajaa entisestään. Kyseessä on nimensä mukaisesti lääkehoitoon tarkoitettu apteekista saatava amfetamiini. Deksamfetamiinista, niin C:n kuin D:n käyttämä ilmaus ”apteekkipiri”, liittää kuitenkin lääkestimulantit jälleen laittomiin huumausaineisiin.

Lääkkeen ja huumausaineen vertailua keskeisemmäksi piirteeksi keskustelussa nousee stimulanttilääkkeiden asema osana muita lääkkeitä. Keskustelussa uutena piirteenä on lisäksi ”oppareiden” eli opiaattilääkkeiden tuominen mukaan keskusteluun. Vaikka keskustelussa esiintyy useaan otteeseen rauhoittavien lääkkeiden hyödyllisyys osana ahdistuksen hoitoa, on stimulanttien asemaa suhteessa muihin lääkkeisiin selvempi tarkastella opiaattilääkkeiden kautta. Stimulanttien tavoin opiaatit ovat osaltaan sidoksissa huumausaineisiin. Opiaatteihin kuuluu yleisimmin kivunhoitoon tarkoitettujen kodeiinilääkkeiden ja Tramalin kaltaisten opiaattijohdannaisten lääkkeiden ohella muun muassa huumausaineiksi luokiteltavat heroini ja oopiumi. Opiaatteja edustavat myös niin lääkkeenä kuin huumausaineena käytetyt morfiini ja bubrenorfiini (esim. Subutex). Tästä syystä myös opiaatit, stimulanttien tavoin, voi nähdä kuuluvaksi samaan huumeen ja lääkkeen vastakkainasettelun muodostamaan harmaaseen alueeseen.

Opiaatti- ja stimulanttilääkkeiden samankaltaisuus ilmenee myös niiden yhteydessä käytetyistä huumepuheeseen liittyvistä termeistä. Otteessa 2 stimulanttien käytöstä seuraavaa epämiellyttävää olotilaa kuvataan keskustelija C:n osuudessa aiemman aineisto-otteen tavoin sanalla ”laskut”. Opiaattilääkkeiden osalta samaa ilmiötä edustaa keskustelija D:n kommentti ”konkreettisia reflakipuja”, jota tämä käyttää kuvaamaan opiaattilääkkeiden pidempiaikaisesta käytöstä seuraavia fyysisiä vieroitusoireita. Niin stimulantti- kuin opiaattilääkkeisiin liittyvässä keskustelussa esiintyy siis samaa huumepuheessa käytettyä terminologiaa, ja yhteys huumausaineisiin on nähtävissä. Tästä huolimatta suhtautumistavoissa näiden kahden lääkeryhmän välillä näyttäisi kuitenkin olevan eroavaisuuksia.

Eroavuus suhtautumisessa ilmenee erityisesti keskustelija C:n osuudessa. Selvimmän eron lääkkeiden välillä C tekee jakamalla lääkkeet ”täsmänä” vaikuttaviin ja sellaisiin, joiden kohdalla ”kestää aikansa, että alkavat tuntua yhtään missään”. Hitaasti tehoavilla lääkkeillä keskustelija C tarkoittaa yleisesti masennuksen ja ahdistuksen hoitoon käytettäviä mielialalääkkeitä. Mielialalääkkeistä käytetyn termin ”mielipidelääke” voi nähdä viittauksena C:n kielteisestä tai vähintäänkin kyseenalaistavasta suhtautumisesta mielialalääkkeiden käyttöön. Mielialalääkkeitä parempana vaihtoehtona C näkeekin ”benzot” eli rauhoittavat lääkkeet, jotka vaikuttavat juuri toivotusti ”täsmänä”. Rauhoittavia lääkkeitä parempana vaihtoehtona esiintyvät opiaattilääkkeet, jotka C:n mukaan ”jeesaisivat masikseen vielä paremmin täsmänä”.

C:n suhtautuminen opiaatteihin on muutenkin varsin myönteinen. C:n mielestä ”miedot opparit tulisi ottaa ihan virallisesti mielipidelääkekäyttöön niillä ihmisillä, joilla ne tarkoitukseen parhaiten toimivat” vaikka ymmärtääkin vaihtoehdon olevan D:n osalta ”poissuljettu vaihtoehto”. C toisin sanoen kannattaa opiaattilääkkeiden käyttöä muuhunkin kuin kivun lievitykseen kuten mainitsemaansa ”mielipidelääkekäyttöön” vaikka tiedostaakin niiden mahdolliset rajoitukset ja haitat. Vaikka opiaatit ja stimulantit näyttävätkin lähtökohtaisesti asettuvan samalle huumeen ja lääkkeen väliselle harmaalle alueelle, on C:n suhtautumisessa selvä ero niiden välillä. C myöntää toki, että ”stimulantit (apteekkipiri, metyyliifenidaatti) kyllä piristävät ja kohottavat mielialaa hurjasti ja ihan täsmänä” mutta käytöstä seuraa C:lle kuitenkin ”laskut”. Mahdollisten nukkumisongelmien hoitamisen suhteen C korostaa, etteivät stimulantit siinä tarkoituksessa ”auta sitten tippaakaan”. C:n suhtautumista stimulanttilääkitykseen kuvastaa ehkäpä vielä paremmin osuus, jossa C kertoo ymmärtäneensä, ettei keskustelija D ”olisi liiemmin stimulantteihin koskaan sekaantunut”. C:n käyttämän termin ”sekaantuminen” voi tässä yhteydessä nähdä sisältävän varsin negatiivisen latauksen, jota vahvistaa kehotus ”lienee parempi pysyäkin moisista erossa, jos



kyseessä on tosiaan masennuksen hoito”. Merkilläpantavaa on termin ”sekaantuminen” lisäksi C:n valitsema ilmaisutapa, jolla kehoitus stimulanttilääkityksen väliin jättämisestä esitetään. C ei kehota keskustelija D:ta ainoastaan pysymään erossa stimulanteista, vaan juurikin pysymään ”moisista erossa”. Sanavalinta ”moiset”, viittauksena stimulantteihin, on nähtävissä C:n keinona osoittaa tai korostaa omaa kyseenalaistavaa kantaansa.

C:n suhtautuminen stimulantteihin näyttäisi olevan huomattavasti kriittisempi kuin opiaatteihin. Vaikka kummatkin ovat asetettavissa kategorioiden ”huume” sekä ”lääke” alle, näyttäytyvät stimulantit opiaateista poiketen jonain sellaisena johon ”sekaannutaan”, ja joka edustaa jotain niin epämääräistä tai kielteistä että niihin viittaaminen sanalla ”moiset” on mahdollista. C:n kriittisyys stimulanttilääkitykseen liittyy tilanteisiin, joissa syynä käyttöön ”on tosiaan masennuksen hoito, eikä mikään ADHD”. Viimeisessä lauseessaan C tekee siis täsmennyksen, milloin osittain kritiikin kohteena olleen stimulanttilääkityksen suhteen on mahdollista joustaa. Stimulanttien käyttöön osana masennuksen hoitoa kohdistettua kritiikkiä seuraa täsmennys ”ei mikään ADHD”. Stimulanttien käyttö on siis osaltaan hyväksyttävää, mikäli käytön kohde ja tarkoitus ovat oikea, eli tässä tapauksessa ADHD ja hoitomenetelmä. Vaikka stimulanttien käyttö näyttäytyy hyväksyttävänä tietyissä tapauksissa, kiinnittyy ADHD tässä yhteydessä jälleen osaksi stimulanteista käytävää keskustelua.

Huomionarvoista on myös tapa, jolla C ottaa ADHD:n mukaan keskusteluun. Viimeisessä lauseessa esiintyvä ilmaisu ”ei mikään ADHD” liittää aiemmin kritiikinkohteena olleen stimulanttilääkityksen osaksi lääkinnällistä hoitomenetelmää, mutta samalla piirtää kuvaa ADHD:sta masennuksesta poikkeavana piirteenä. Koska masennus ei ole ”mikään ADHD”, on stimulanteista suotavaa pysyä erillään. Samalla C kuitenkin esittää ADHD:n mahdollista stimulanttilääkitystä vaativana tekijänä. Toisin sanoen C:n kommentissa ADHD:n voi nähdä esiintyvän varsin poikkeuksellisenä piirteenä, joka vaatii niin ikään varsin poikkeuksellisen lääkityksen.

Vaikka keskustelussa tulee ilmi opiaatteihin liittyvät mahdolliset haitat, on suhtautuminen niihin kuitenkin myönteisempää kuin stimulantteihin. Stimulantit näyttäytyvät keskustelussa varsin arveluttavana vaihtoehtona. Tätä kuvastaa keskustelija C:n kanta ”moisista erossa” pysymiseen tai keskustelija D:n kanta ”ei taida olla juuri tässä tilanteessa diapamin voittanutta ja ehkä hyvä niin” lääkärin ehdottamaan stimulanttilääkitykseen. Stimulantit sijoittuvat keskustelussa pääsääntöisesti lääke-kategorian alle. Lääkeasemastaan huolimatta stimulantit saavat tässäkin ryhmässä oman erityisen, vähemmän positiivisen roolin.

Bentsodiatsepiineista ja opiaattilääkkeistä poiketen, stimulanttien käyttö on suositeltavaa tai hyväksyttävää vain poikkeustapauksissa. Poikkeustapauksena keskustelussa esiintyy ADHD, johon stimulanttilääkkeet hoitomenetelmänä on pääsääntöisesti tarkoitettu. Stimulanttien tavoin poikkeustapaus ADHD myös nähdään ja ilmaistaan sellaisena.

Olipa sitten kyse huumeisiin tai lääkkeisiin liittyvästä keskustelusta, voi aineistosta havaita ADHD:n ja stimulanttien erityisen aseman. Mikäli keskustelun painopiste liittyy stimulanttien viihdekäyttöön, on keskusteluun monissa tapauksissa mukaan otettu myös lääkestimulantit ja ADHD siitäkkin huolimatta, että keskustelijat itse jäisivät diagnoosin ulkopuolelle. Koska lääkestimulantit liitetään varsin usein huumeisiin, herättävät ne kysymyksiä niiden käytöstä hoitomenetelmänä. Tästä syystä onkin aiheellista tarkastella asiaa myös niiden lähtökohtien kautta, joissa stimulanttilääkitykseen liittyvä kommentointi tapahtuu ulkopuolelta vaikkapa perheen tai lähipiirin näkökulmasta.

## **8.6. Päihteet, lääkitys ja lähipiiri**

Käyttäjän näkökulmasta, etenkin päihteiden taustoittamissa tapauksissa, stimulanttilääkkeet näyttäisivät olevan suhteellisen voimakkaasti liitettyinä huumausaineisiin saaden samalla oman poikkeuksellisen asemansa myös osana muita lääkkeitä. Mahdollisen väärinkäytön taustoittamassa keskustelussa stimulanttilääkkeiden voi sanoa näyttäytyvän paitsi huumeeksi määriteltynä stimulanttina, myös lääkkeenä jonka hoidollinen käyttö on suositeltavaa tai hyväksyttävää vain erityistapauksissa kuten ADHD:n oireiden lievittämisessä.

Väärinkäyttöön liittyvä päihteiden taustoittama keskustelu rakentaa kuvaa kuitenkin vain yhdestä näkökulmasta. Päihdetaustan voikin lähtökohtaisesti nähdä melko keskeisenä tekijänä sen suhteen, kuinka huumeen ja lääkkeen raja-alueelle sijoittuvat stimulantit määritellään ja merkityksellistetään. Päihteidenkäyttö tai stimulanteilla hoidettava ADHD liittyy kuitenkin käyttäjän tai diagnosoidun itsensä lisäksi myös lähiomaisiin tai kulloiseenkin sosiaaliseen lähipiiriin. Tästä syystä onkin tarpeellista tarkastella myös keskusteluja, jotka niin ikään ovat osaltaan päihdesidonnaisia, mutta keskustelua käydään käyttäjän itsensä ulkopuolelta, tilannetta vierestä seuranneen ystävän tai lähiomaisen näkökulmasta.

Tämänkaltaiset keskustelut sisältävät piirteitä tai ovat nähtävissä vertaistuen etsimiseen. Keskusteluista on monissa tapauksissa havaittavissa kirjoittajan tai keskustelijan olevan nainen ja useimmiten äiti. Vertaistukiluontoisuudestaan johtuen keskustelukatkelmat saattavat kasvaa ajoittain hyvinkin pitkiksi selonteoiksi olemassa olevasta tilanteesta. Tästä syystä yhtenäisten ja kokonaisten keskusteluvuorojen tai -jaksojen esimerkkien sijaan, olen katsonut parhaaksi poimia lyhyempiä otteita käydyistä keskusteluista.

### 8.6.1. Omaisten asema ja osallisuus

ADHD:n taustalla ilmenee monesti päihteidenkäyttöä, jolla pyritään omatoimisesti lievittämään oireilua tai saamaan apua mahdollisista liitännäisoireista aiheutuvaan ahdistukseen ja henkiseen pahoinvointiin (vrt. Lehtokoski 2012, 278). Päihteidenkäytöllä ja sitä seuraavalla toiminnalla on väistämättä vaikutus myös niihin yhteisöihin ja yksilöihin, joiden parissa päihteidenkäyttäjä toimii, olipa kyseessä sitten päihdeongelma tai mahdollinen itsehoito. Päihdehakuisuus tai epäonnistunut itsehoito ovat näin ollen myös tekijöitä, joiden kautta lähipiiri rakentaa käsitystään mahdollisesta stimulanttilääkityksestä. Jotta käsitys lähipiirin lähestymis- ja suhtautumistavoista stimulanttilääkehoitoon avautuisi ja tulisi ymmärrettäväksi, on aiheellista tuoda esille myös niitä keskustelunosia, jotka melko suoraviivaisestikin kuvaavat kokemuksia joiden varassa käsitys stimulanteista on rakentunut.

Lähipiiriin ulottuvaa vaikutusta kuvaa Päihdelinkki-sivustolla käydyssä keskustelussa aikuisen poikansa päihteidenkäytöstä kertova nimimerkillä ”keskustelija E” (nimimerkki muutettu) esiintyvä äiti. Huoli poikansa päihteidenkäytöstä kuluttanut äidin voimavarat loppuun.

#### Ote 3, esimerkki 1 (keskustelija E)

*Onhan meitä surkeita täällä. Olen ollut niin väsy koko viikonlopun. Ikeä tihuuttanut vähän väliä. Ja en pysty vastaamaan puhelimeen. Yritin jo lähteä sairaalaan katsomaan, mutta yhtäkkiä voimat katosivat kokonaan. En vaan pysty menemään sinne paskaläjäkämppään ja hakemaan jotain tavaraa. En vaan jaksa edes istua autoon, en jaksa mitään. Olen kulkenut kuin zombi muun perheen mukana, ihan ulkopuolisena ja yrittänyt näyttää, että pärjään. En minä kohta enää pärjää.*

Voimattomuuttaan keskustelija E kuvaa muun muassa kertomalla olleensa ”väsy koko viikonlopun” ja mainitsee ”itkeä tihuuttaneensa vähän väliä”. Puhelimeen vastaaminen on muodostunut haasteelliseksi, kuten lähes kaikki muukin toiminta. Vaikka muille perheenjäsenille E on ”yrittänyt näyttää, että pärjää” on tämä kuitenkin kertonut menevänsä muiden mukana kuin ”zombi” ja kuvaakin oloaan lopulta varsin selvästi lauseella ”En minä kohta enää pärjää”.

Samanlaisia piirteitä ilmenee myös muissa vastaavissa vertaistukilähtöisissä keskusteluissa. Niin ikään Päihdelinkki-sivustolta vertaistukea hakee nimimerkki ”keskustelija F” (nimimerkki muutettu). F:n taustalta löytyy päihteitä käyttävä, aikuisiällä ADHD-diagnosoitu poika, jonka päihteidenkäyttö on alkanut varsin nuorella iällä.

#### Ote 4, esimerkki 1 (keskustelija F)

*Hei, ensimmäistä kertaa haen vertaistukea näissä asioissa, vaikka muista yhteyksistä sen voima on kyllä tuttu.*

*Aikuinen poikani on käyttänyt aineita alakouluikäisestä asti ”vaihtelevasti”. Murrosiän loppupuolella meno oli hurjaa, lopuksi päätyi sairaalahoitoon - lääkärin mukaan amfetamiini- mutta pojan mukaan alkoholipsykoosissa...*

*Olen täysin lopussa, oman kuntoni rajoittama ja kuten varmasti jokainen tietää, tilanteen tajuaminen on nyt nostanut aktiiviseksi aikaisemman hädän sieltä nuoruusvuosilta. Lisäksi vaikeusaste on ihan käsittämättömän suuri, kun tilanteeseen liittyy lapsi. Lapsi oireilee, käytöshäiriöitä on ollut aikaisemminkin, mutta ne ovat selvästi lisääntyneet. Lapselle on jo suositeltu - Concertaa, jopa painostettu siihen. Pelkään, että historia alkaa toistaa itseään...*

Keskustelija E:n tavoin tilannetta voi sanoa kuluttavaksi, mikä on nähtävissä varsin suoraan kommentissa ”Olen täysin lopussa, oman kuntoni rajoittama ja kuten varmasti jokainen tietää, tilanteen tajuaminen on nyt nostanut aktiiviseksi aikaisemman hädän sieltä nuoruusvuosilta”. F:n taustalta löytyy siis päihteitä käyttävä, aikuisiällä ADHD- diagnosoitu poika, jonka päihteidenkäyttö on alkanut varsin nuorella iällä. Taustat ja lähtökohdat tiivistyvät ehkäpä parhaiten lauseessa ”Murrosiän loppupuolella meno oli hurjaa, lopuksi päätyi sairaalahoitoon - lääkärin mukaan amfetamiini- mutta pojan mukaan alkoholipsykoosissa”. Keskustelija F:n pojalla on

taustalla myös laittoman amfetamiinin käyttöä, jolla voi nähdä olevan vaikutusta äidin tapaan suhtautua mahdolliseen stimulanttilääkitykseen.

### 8.6.2. Suhtautuminen diagnoosiin ja lääkehoidon tarpeellisuuteen

Diagnoosia edeltäneellä päihteidenkäytöllä ja päihteidenkäytöstä seuranneilla ongelmilla voi siis sanoa olevan varsin voimakas vaikutus lähipiiriin. Tapauksissa, joissa diagnoosia edeltänyt päihteidenkäyttö on sisältänyt tai ollut amfetamiinipainotteista, rakennetaan näin ollen myös kuvaa ja ennakkokäsityksiä mahdollisesta stimulantteilla toteutetusta lääkehoidosta. Vaikka amfetamiini liittyisikin mahdollisen diagnosoimattoman ADHD:n itsehoitoyritykseen, saattaa hallitsematon tai kontrolloimaton käyttö yhdessä muiden päihteiden kanssa päätyä ei-toivottuun lopputulokseen.

Aiemman amfetamiininkäytön muokkaamaa kuvaa ja sen vaikutusta stimulanttilääkitykseen liittyvien käsitysten rakentumisesta kuvastaa niin ikään nimimerkki ”keskustelija E:n” kirjoituksesta otettu poiminta. Ote on jatkoa keskustelija E:n aiempaan voimattomuuttaan ja väsymystään kuvailevalle katkelmalle.

Ote 3, esimerkki 2 (keskustelija E)

*Mietin ADHD:tä. Nyt kun kerroit, että jaksoi jankuttaa loputtomiin jotain asiaa ja se kuuluisi taudinkuvaan, tuntui tutulta. Muuten en ole ollut ollenkaan sitä mieltä että kyseessä olisi tämä tauti. ADHD:n lääkitsemisen kinuaminen alkoi vasta silloin kun amfetamiini oli astunut kuvioihin. Yhtäkkiä alkoi etsiä itse oireilleen syitä ja sai kuin saikin jonkun kirjoittamaan lääkettä. Harmi vaan, että sitä on kokeiltu useampaan kertaan ja aina lääkitys on johtanut katastrofiin. Ongelma on siinä, että sitäkään lääkettä ei voi ottaa muuten kuin lääkärin ohjeen mukaan. Jos kuukauden lääkkeet on nautittu viikossa, olo voi olla huumaavan hyvä, mutta katastrofi odottaa oven takana. Elikkä älytön virtapiikki, jota ei pysäytä mitkään avohoidon konstit. Ja se selitys, että opiskelut ja työt sujuisivat lääkkeen ansiosta, ei päde ainakaan tähän tyyppiin. Tätäkin lääkettä pitäisi siis annostella jostakin vastaanotolta käsin ja tarkkailla koko ajan vointia. Ja mikä vaikeinta, olla samanaikaisesti käyttämättä mitään päihdyttäviä aineita.*

Aineisto otteen alussa E on siirtynyt pohtimaan mahdollista ADHD:ta syynä poikansa käyttäytymiseen. E viittaakin aiemmin käytyihin ADHD:n oireita kuvailevaan keskusteluun mainitsemalla, että kuvaukset ”tuntui tutulta”. Vaikka E:n poika onkin saanut ”jonkun kirjoittamaan lääkettä”, on katkelmasta nähtävissä epäuskoisuutta diagnoosia ja lääkityksen aloittamisen syitä kohtaan. E ei kuitenkaan ”ole ollut ollenkaan sitä mieltä että kyseessä olisi tämä tauti”, vaikka kuvaukset ADHD:n oireilusta tuntuvatkin osuvilta. Varautuneisuuttaan mahdollista ADHD:ta ja stimulanttilääkityksen aiheellisuutta kohtaan perustelee E osaltaan sillä, että ”ADHD:n lääkitsemisen kinuaminen alkoi vasta kun amfetamiini oli astunut kuvioihin”. Mielenkiintoisena piirteenä perustelussa on myös se, miten E kuvailee lääkitykseen johtanutta prosessia. E käyttää termiä ”kinuaminen” kuvamaan tapaa, jolla stimulanttilääkitykseen johtanut prosessi on käynnistynyt samanaikaisesti tapahtuneen amfetamiinin käytön yhteydessä. Aiempien aineisto-esimerkkien tavoin myös E:n katkelmassa stimulanttilääkitys näyttäytyy tältä osin jonain tavoiteltavana ja vaikeasti saatavana asiana, jossa tavoitteen saavuttamiseen liittyy ”kinuamista”.

ADHD, lääkestimulantit ja laittomat huumeet esiintyvät ajoittain rinnatusten myös E:n keskusteluosiossa. E:n osuus sisältää samoja piirteitä selvemmin erottuva huumepuheen kanssa. E käyttää stimulanttien kohdalla pääsääntöisesti termiä lääke, jonka hän näkee yhtenä taudiksi määrittelemänsä ADHD- oireyhtymän hoitokeinoista. Tältä osin E asettaa stimulantit melko selvästi lääketieteen alueelle. Kuitenkin sanavalinta ”kinuaminen” toimii samankaltaisena ja samassa yhteydessä kuvauksena lääkkeen tavoiteltavuudesta päihdemyönteisempien keskusteluiden tavoin. Tältä osin E:n voi nähdä osittain siirtävän stimulanttilääkkeen määritelmää takaisin kohti epäselvempää harmaata aluetta ja samalla väljästi lähemmäksi huume puhetta.

Stimulanttilääkityksestä on E:n mukaan poikkeuksetta ”johtanut katastrofiin”. Ongelmana lääkityksessä on lääkkeiden hallitsematon käyttö ja ”kuukauden lääkkeitä on nautittu viikossa”. Samassa yhteydessä E jatkaa kommentilla ”olo voi olla huumaavan hyvä, mutta katastrofi odottaa oven takana”. Lääkkeiden tuottamaa, ”älyttömäksi virtapiikiksi” kuvailtua olotilaa edustavan sanaparin ”huumaavan hyvä”, voi taustat huomioon ottaen nähdä niinikään viitteenä paitsi lääkkeen käyttötavasta, myös E:n tavasta määritellä lääkkeeksi mieltämänsä stimulantit osittain alueelle ”huume”.

Keskustelija E:n suhtautuminen stimulanttilääkkeisiin tuntuukin olevan melko epäselvä ja ristiriitainen. Päällisin puolin E näyttää suhtautuvan reseptinalaisiin stimulantteihin lääkkeenä ja

myös kutsuu niitä sellaisiksi. Samalla kuitenkin selonteot lääkkeen ”kinuamisesta” amfetamiinin käytön alkamisen yhteydessä, kuvaukset lääkkeen ”virtapiikin” omaisesta ”huumaavan hyvästä” vaikutuksesta, käyttötavasta ja käyttöä seuraavasta ”katastrofista” voi nähdä varsin poikkeavina piirteinä, mikäli kyseessä on yksiselitteisesti vain lääkkeeksi määritelty substanssi.

### 8.6.3. Aiemmat kokemukset määrittävänä tekijänä

Ulkopuolisen näkökulmaa edustaa niin ikään otteen 4 nimimerkki ”keskustelija F” (nimimerkki muutettu). F:n taustalla on päihteitä käyttävän, ADHD -diagnosoidun pojan lisäksi huoli lapsenlapsesta. Huoli on kuluttanut myös F:n loppuun, minkä johdosta hän on päätenyt hakemaan vertaistukea Päihdelinkki-sivuston keskustelupalstalta. F:n keskusteluosuus käsittelee niin päihteidenkäyttöä itseään kuin päihteiden avulla toteutettua itsehoitoa, ottaen samalla kantaa stimulanttilääkitykseen sekä kuvailee hoitamattomaan ADHD:n liittyviä piirteitä.

Ote 4, esimerkki 1 (keskustelija F)

*Hei, ensimmäistä kertaa haen vertaistukea näissä asioissa, vaikka muista yhteyksistä sen voima on kyllä tuttu.*

*Aikuinen poikani on käyttänyt aineita alakouluikäisestä asti "vaihtelevasti". Murrosiän loppupuolella meno oli hurjaa, lopuksi päätyi sairaalahoitoon - lääkärin mukaan amfetamiini- mutta pojan mukaan alkoholipsykoosissa. Sittenmin (omien sanojensa mukaan) on lopettanut "kaikki huumeet", ainoastaan pössyttely on elämäntapa. En nyt toista kaikkia luonnonkasvi, "alkoholi on pahin huume" enkä "lailliset lääkkeet" -juttuja, koska arvaan niiden olevan liiankin tuttuja. Itse asiassa olen itsekin lieventänyt ehdottomuuttani kannabiksen suhteen, ja uskon sen lääkinnällisiin hyötyihin tietyissä tapauksissa, olen itsekin nähnyt läheltä sellaista. Olen myös nähnyt niiden laillisten lääkkeiden pöhöttämän ja zombielta vaikuttavan 18-vuotiaan, joka aikuisena kertoo, ettei muista niiltä ajoilta mitään. No, varmaan muitakin aikoja on muistista hukkunut. Molemmat tapaukset siis omassa perheessä.*

Edellä oleva, otteesta 4 tehty poiminta taustoittaa tiivistetysti niitä lähtökohtia, joiden varaan keskusteluosuus kokonaisuudessaan pohjautuu. Kyseessä on ensimmäinen kerta, kun F on päättänyt hakea vertaistukea asian tiimoilta. Taustalta löytyy pojan sairaalaan asti johtanut amfetamiinin käyttö. Poika on sittemmin päättänyt jättämään pois ”kaikki huumeet” vaikkakin pojalle ”pössyttely on elämäntapa” edelleen. F tuo esille myös varsin selvästi oman kantansa kannabikseen suhteen, keskittyen kuitenkin ”sen lääkinnällisiin hyötyihin”.

Keskustelija F:n suhdetta kannabikseen mielenkiintoisempaa seikkana näyttäytyy osittain ohimenevältä heitolta vaikuttava kommentti ”En nyt toista kaikkia luonnonkasvi, ”alkoholi on pahin huume” enkä ”lailliset lääkkeet” –juttuja, koska arvaan niiden olevan liiankin tuttuja”. Vaikka tarkoituksena saattaakin olla viittaus kannabiksen puolestapuhujien yleisimmin käyttämiin argumentteihin, nostaa F kuitenkin esille olemassaolevan huumeiden ja lääkkeiden välisen jaon. Kommentin kiinnostavuutta lisää sitä seuraava F:n esittämä kannabiksen lääkekäyttöä puoltava mielipide. Viittaus ”laillisiin lääkkeisiin” näyttäytyy uudelleen katkelman lopuksi kommentissa ”Olen myös nähnyt niiden laillisten lääkkeiden pähöttämän ja zombielta vaikuttavan 18-vuotiaan joka aikuisena kertoo, ettei muista niiltä ajoilta mitään”. Puoltamalla kannabiksen lääkekäyttöä ja korostamalla ”laillisten lääkkeiden” käytöstä seuraavia mahdollisia haittoja, voi keskustelija F:n nähdä samalla asettavan kannabiksen huumeena ja lääkkeenä osittain samalle harmaalle alueelle lääkestimulanttien kanssa. Tämän jälkeen F siirtyy osuudessaan pohtimaan poikansa kannabiksenkäytön mahdollisia syitä. Merkilläpantavaa F:n kerronnassa on myös osittainen huumemyönteisyys. Lisäksi F käyttää sanastoa, jonka voi sanoa olevan tyypillisempää itse käyttäjille kuin huolta kantavalle äidille. Vaikka epätyypillinen sanasto olisikin pojalta opittua, on F kuitenkin omaksunut kyseisen puhettavan osaksi omaa puhettaan.

Ote 4, esimerkki 2 (keskustelija F)

*Mutta poikani pössyttely on eri asia. Hän itse uskoo, että pilvi auttaa häntä mm. keskittymään, rauhoittumaan ja saamaan unta. Noin esimerkiksi. Hän on ollut esikoulusta asti "ongelmalapsi", koulukiusattu ja leimattu myös monien opettajien taholta. Sairastuin itse vakavasti hänen alakouluaikaanaan, ja olen ollut varmasti yksi riskitekijä lisää hänen kehityshistoriassaan. Aikuisiässä hänellä on diagnosoitu ADHD. Tämä "itsehoito" on ainoa, jonka hän hyväksyy. Itsekään en usko, että mikään Concerta tms. olisi hänelle hyväksi, taustan tuntien. Mutta.*



Keskustelija F kertoo poikansa perustelevan kannabiksen käyttöönsä aikuisiällä diagnosoidun ADHD:n ”itsehoito” menetelmänä. Itsehoitomenetelmänä kannabis auttaa poikaa ”mm. keskittymään, rauhoittumaan ja saamaan unta”. F ei suoranaisesti myönnä tai kiellä itsehoidon hyötyjä vaan toteaa, että poika ”itse uskoo” tähän. Vaikka aikuisiällä diagnosoitu ADHD tässä tapauksessa mahdollistaisi stimulanttilääkityksen, on kannabiksella toteutettu itsehoito ainoa pojan hyväksymä lääkityksen muoto. Niin ikään F ei myöskään usko, että pojan kohdalla ”mikään Concerta tms. olisi hänelle hyväksi, taustan tuntien”. Tässä tapauksessa oletettavasti aiheellisen diagnoosin mahdollistama stimulanttilääkitys ja resepti esiintyvät päihde- ja amfetamiinitaustasta huolimatta poissuljettuna vaihtoehtona. Syy pojan kohdalla stimulanttilääkityksen poissulkevaan ajattelutapaan näyttää kuitenkin liittyvän muuhun kuin yleiseen kemikaalikielteiseen asennoitumiseen, mikä on nähtävissä F:n kuvauksessa tämän hetkistä tilanteesta.

Ote 4, esimerkki 3 (keskustelija F)

*Reilun puolen vuoden aikana on tullut selväksi, että kovat aineet ovat tulleet takaisin elämään (en toki ole varma, mikä tilanne on oikeasti ollut). MDMA ja LSD ainakin. Kuulemma tekisi minullekin hyvää joskus "laajentaa tajuntaa", se tekee vain hyvää. Ei aina siltä näytä, kun ihminen on kuin haudasta noussut, hermostunut ja viulunkieli käytettyään kaikki dopamiinivarastot tajunnanlaajentamisreissuilla. Nähdäkseni tripit tapahtuvat "vapaalla", eli aikuisten kesken, mutta silti. Olen niin monta kertaa ennenkin nähnyt, miten hommat lähtevät käsistä. Addiktioherkkä ihminen löytää aina uuden jutun, ja syöksyy mukaan tajuamatta itse missä menee.*

Pojan kielteinen asenne mahdolliseen ADHD-lääkitykseen johtuu siis muusta kuin kemikaalienvastaisesta asenteesta. Keskustelija F:n suhteen tilanne on kuitenkin osittain avattavissa. Taustalla oleva, sairaalaan johtanut amfetamiininkäyttö yhdistettynä kokemukseen siitä ”kun ihminen on kuin haudasta noussut, hermostunut ja viulunkieli käytettyään kaikki dopamiinivarastot tajunnanlaajentamisreissuilla”, ovat mahdollisia kyseenalaistavaa näkemystä edesauttavia tekijöitä. Merkittävämpiä ehkä kuitenkin ovat kommentit ”olen niin monta kertaa ennenkin nähnyt, miten hommat lähtevät käsistä” ja ”Addiktioherkkä ihminen löytää aina uuden jutun, ja syöksyy mukaan tajuamatta itse missä mennään”. Kemikaalien voi siis sanoa F:n silmissä edustavan jotain

hallitsematonta ja ongelmia tuottavaa asiaa. Aiempien kokemusten aiheuttama pelko ja F:n suhtautuminen lääkestimulantteihin tulee kuitenkin vielä selvemmin keskustelun seuraavassa vaiheessa.

Ote 4, esimerkki 4 (keskustelija F)

*Olen täysin lopussa, oman kuntoni rajoittama ja kuten varmasti jokainen tietää, tilanteen tajuaminen on nyt nostanut aktiiviseksi aikaisemman hädän sieltä nuoruusvuosilta. Lisäksi vaikeusaste on ihan käsittämättömän suuri, kun tilanteeseen liittyy lapsi. Lapsi oireilee, käytöshäiriöitä on ollut aikaisemminkin, mutta ne ovat selvästi lisääntyneet. Lapselle on jo suositeltu - Concertaa, jopa painostettu siihen. Pelkään, että historia alkaa toistaa itseään.*

Aiempien kokemusten aiheuttama pelko on palautunut, mitä korostaa tilanteeseen mukaan tullut lapsenlapsi, joka niin ikään on keskustelija F:n voimia kuluttavan tilanteen välittömässä vaikutuspiirissä. F mainitsee katkelmassa, kuinka ”Lapsi oireilee, käytöshäiriöitä on ollut aikaisemminkin, mutta ne ovat selvästi lisääntyneet”. Lisäksi ”Lapselle on jo suositeltu – Concertaa, jopa painostettu siihen”. Poiminnan viimeisen lauseen ”Pelkään, että historia alkaa toistaa itseään” voi kuitenkin nähdä nitovan kaiken yhteen. Kokemus oman poikansa hallitsemattomasta päihdetaustasta ja sairaalaan johtaneesta amfetamiininkäytöstä, osana hoitamatonta ADHD:ta, on mitä ilmeisemmin muokannut tapaa, jolla F määrittelee ja käsittää lääkestimulantit. F suhtautuu poikansa itsehoitoon melko myönteisesti, ja sivuaa tältä osin myös stimulanttilääkkeiden kohdalla ilmenevää huumeen ja lääkkeen välistä epäselvää rajaa. Raja-alueen tiedostamisesta huolimatta on stimulanttilääkkeistä muodostunut kuitenkin arveluttava, ellei jopa pelottava asia. Vaikka F on tietoinen oman poikansa ADHD-diagnoosista ja kertoo lääkärin vahvasti suositelleen tämänkin lapselle stimulanttilääkitystä, on suhtautuminen kuitenkin kielteinen.

Lauseparin ”Lapselle on jo suositeltu – Concertaa, jopa painostettu siihen. Pelkään, että historia alkaa toistaa itseään” voi nähdä toimivan siltana aiempien huumausaineista seuranneiden negatiivisten kokemusten ja suositellun lääkityksen välillä. F:n kohdalla aiempien kokemusten voi sanoa rakentaneen stimulanttilääkityksestä kuvaa laittomien huumausaineiden kaltaisena, vaikeasti hallittavana, ongelmia tuottavana sekä välteltävänä kemiallisena yhdisteenä.

## 8.7. Lääkehoito ja ADHD

Stimulantteihin liitetty jännite huumeen ja lääkkeen välillä on varsin selvästi havaittavissa. Voikin olettaa, että juuri tämä jännite aiheuttaa osaltaan kysymyksiä ja arkuutta stimulanttilääkkeiden suhteen etenkin silloin, jos käyttötarkoitus on hoidollinen ilman aiempaa itsehoidon kaltaista kokemusta. Vaikka stimulantteihin liittyvät merkityksenannot ovat monesti kyseenalaistavia tai kielteisiä, on niiden käyttöön liittyen olemassa kuitenkin poikkeus.

Ennen varsinaista ADHD- tai ADD-diagnoosia ja siihen liittyvää stimulanttilääkitystä, on monissa tapauksissa oireilun hallinnassa saatettu käyttää muita käyttäytymistä hillitseviä lääkkeitä. Oteessa 5 nimimerkki ”keskustelija G” (nimimerkki muutettu) kertoo ystävästään, joka on hakenut aiemmin apua rauhoittavista bentsodiatsepiineista. Keskustelu on alkujaan lähtenyt käyntiin esimerkissä 2 mukaan tulevan ”keskustelija H”:n (nimimerkki muutettu) bentsodiatsepiinien käytön mahdollisista hyötyistä ja haitoista ADHD:n oireiden hallinnassa liittyvään tiedusteluun. Vaikka keskustelija H ei ole saanut vielä lopullista diagnoosia, tulee stimulanttilääkitys ja sen mahdollisuus mukaan keskusteluun heti seuraavassa keskustelija G:n vastauksessa.

Ote 5, esimerkki 1, (keskustelija G)

*Moi.*

*Mulla ei ole ADHD:ta, mutta eräällä ystävälläni on. Hänellä on siihen lääkityksenä metyyliifenidaatti(Concerta, annostustaan en todellakaan muista, mutta yksilöllinenhän se kunkin tapauksessa on). Ko. lääkitys tasaa ja rauhoittaa hänellä mainiosti ADHD:sta johtuvaa keskittymiskyvyttömyyttä, rauhattomuutta, unettomuutta ja yleistä koheltamista. Lisäksi ystävälläni on bentsodiatsepiinilääkitys(Diapam, muistaakseni melko pienellä annoksella), mutta se on sos.tilanteiden pelkoon ja paniikkihäiriöön, joista hän myös kärsii ja jotka eivät mitenkään suoraan liity ADHD:seen. Ennen ADHD-diagnoosin ja -lääkityksen saamista ystäväni söi pelkästään benzoja ja se touhu ei tehnyt muuta, kuin pahensi asioita, ts. benzojen käyttö lähti tyystin lapasesta, kun mikään ei tuntunut riittävän ja lopulta ne sekoittivat päätä vain entisestään. Nyt ADHD-lääkityksen kanssa benzot pysyvät hänellä hyvin hanskassa, eli ne syödään lääkärin määrämällä annoksella ja auttavat niihin vaivoihin, joihin ne on määrätty.*

*Tämä on tosiaan vain yksi tapaus, enkä todellakaan ole mikään asiantuntija, mutta sellainen käsitys mulla on, että ADHD:n lääkitseminen benzoilla on hieman sama homma, kuin tulipalon sammuttaminen bensalla. ADHD:n hoitoon sopivat paljon paremmin aivan päinvastaiset lääkkeet ja benzoja voi käyttää sitten niiden ohella, mikäli niille on tarvetta esim. juuri paniikkihäiriön vuoksi.*

Keskustelija G:n vastaus pohjautuu tämän kokemukseen ADHD-diagnosoidusta ystävästä, jolla on ”lääkityksenä metyyliifenidaatti”. Ystävänsä stimulanttilääkitykseen liittyen G mainitsee tämän jälkeen, kuinka ”Ko. Lääkitys tasaa ja rauhoittaa hänellä mainiosti ADHD:sta johtuvaa keskittymiskyvyttömyyttä, rauhattomuutta, unettomuutta ja yleistä koheltamista”. Vaikka keskustelija H:n esittämät kysymykset ovatkin liittyneet bentsodiatsepiineihin, aloittaa keskustelija G lääkitykseen liittyvän vastauksensa viittaamalla ADHD-diagnosoidun ystävänsä stimulanttilääkitykseen. Huomionarvoista on kuvaus stimulanttilääkityksen vaikutuksesta. Vaikka stimulantteihin ja niiden käyttöön liittyvä puhe sisältää monesti kielteisiä piirteitä, kuvailee G niiden vaikutuksia ystävänsä ADHD:n yhteydessä varsin myönteisesti oireilua lievittittäneenä tekijänä.

Keskustelija G:n ystävällä on keskustelija H:n tavoin myös bentsodiatsepiinilääkitys. Bentsodiatsepiinit eivät kuitenkaan G:n ystävän kohdalla ”mitenkään suoraan liity ADHD:seen” vaan ”sos.tilanteiden pelkoon ja paniikkihäiriöön”. Keskustelija H:n esittämiin kysymyksiin liittyen G kertoo ystävänsä syöneen aiemmin ”pelkästään benzoja”, mikä kuitenkin ”ei tehnyt muuta kuin pahensi asioita”. G:n mukaan ADHD-diagnoosia ja stimulanttilääkitystä edeltänyt ”benzojen käyttö lähti tyystin lapasesta, kun mikään ei tuntunut riittävän ja lopulta ne sekoittivat päätä vain entisestään”. Diagnoosin ja stimulanttilääkityksen myötä ystävän bentsodiatsepiinien käyttö pysynyt ”hyvin hansakassa”, jota G täsmentää lisäämällä ”eli ne syödään lääkärin määräämällä annoksella ja auttavat niihin vaivoihin, joihin ne on määrätty”. Käytön hallittavuutta G on päätenyt kuvaamaan lausahduksilla ”lähti tyystin lapasesta” ja ”pysyvät hänellä hyvin hansakassa”. Stimulanteista poiketen bentsodiatsepiinien voi sanoa ADHD:n yhteydessä edustavan ja määrittävän mahdollisena ongelmakäyttöön ja käyttäytymiseen johtavana tekijänä. G:n käsityksen mukaan yksin bentsodiatsepiinien käyttö ADHD:n hoitomenetelmänä onkin ”hieman sama homma, kuin tulipalon sammuttaminen bensalla”, minkä johdosta hoitoon paremmin soveltuisikin ”aivan

päinvastaiset lääkkeet”. Vastaava asetelma on nähtävissä niin ikään keskustelija H:n jatko kommentissa esimerkissä 2.

Ote 5, esimerkki 2, (keskustelija H)

*Lähti käsistä....*

*ne concertat ois todella hyvät nyt...*

*adhdta ei oo viel diagnosoitu mut tutkimukset jus menos...*

*Sama tilanne varmasti ku sun ystäväl..*

*kkiiitos!*

*ps. luin tän vähä liian myöhään...*

Vastineessaan keskustelija H vahvistaa keskustelija G:n esittämät argumentit bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvistä mahdollisista ongelmista lyhyesti kommentilla ”Lähti käsistä...”. Vaikka H kertoo ADHD-diagnoosinsa olevan vasta kartoitusvaiheessa, antaa lause ”ne concertat ois todella hyvät nyt..” viitteen myönteisestä suhtautumisesta mahdolliseen stimulanttilääkitykseen.

Keskusteluun osallistuu lopuksi myös kolmas osapuoli nimimerkillä ”keskustelija I” (nimimerkki muutettu). Keskustelija I on itse ADD-diagnosoitu, jolla itsellään on lääkityksen suhteen henkilökohtaista kokemusta niin bentsodiatsepiineista kuin stimulanteista.

Ote 5, esimerkki 3, (keskustelija I)

*Hhheips XX (nimeen viittaava lyhenne muutettu), toivon todella että saat ne Concertat pian!*

*Itsekin olen rauhoittavia saanut, ja totesin että ADD:llä (monilla, minä mukaanlukien) se*

*toimiva Conerta tai muu stimulantti tekee sen kuin bentso! Uskomatonta, mutta totta!*

*Jotenkin sitä aivot sitten kanavoi sen kaiken yleisen melun ja kohinan yhteen putkeen ja tulee*

*sellainen sisäinen rauhallisuus, itseä alkaa jopa lievästi unettaa! Vähän niinkuin laittaisi telkkarin pois päältä 😊*

Keskustelukokonaisuuden mukaisesti myös keskustelija I suhtautuu stimulanttilääkitykseen myönteisesti. Muista keskusteluun osallistujista poiketen keskustelija I on itse ADD-diagnosoitu, ja omaa lääkityksen osalta henkilökohtaista kokemusta niin stimulanteista kuin bentsodiatsepiineista. Osion alussa keskustelija I ilmaisee suoraviivaisesti kantansa toteamalla ”toivon todella että saat ne Concertat pian!”, jatkaen tämän jälkeen vertailemalla bentsodiatsepiineja ja stimulantteja ADD:n hoitomenetelmänä. Stimulanttien käyttökohteen merkitys juuri ADHD:n ja ADD:n kohdalla tuleekin selvästi esille. Katkelman toisessa lauseessa I ilmoittaa todenneensa, että ”ADD:llä (monilla, minä mukaan lukien) se toimiva Conerta tai muu stimulantti tekee sen kuin bentso!”. Keskustelija I sitoo osaltaan stimulanttien käytön osaksi hoitomenetelmää, täsmentäessään niiden vaikutuksen olevan oletetusta poikkeava mikäli kyseessä on tarkkaavaisuushäiriön hoitoon tarkoitettu käyttö. Keskustelija I ei myöskään sido lääkekäyttöä ainoastaan metyylyfenidaattiin (esimerkiksi Concerta), yleistyksessä ”tai muu stimulantti”. Stimulanttien poikkeavaa vaikutusta ADHD:n ja tässä tapauksessa ADD:n kohdalla korostaa niin ikään vertailun jälkeinen lause ”Uskomatonta, mutta totta!”. Lausuman voi nähdä eräänlaisena vakuuttamisen keinona, mahdollisesti yllättävänä piirteenä esiintulevalle ilmiölle. Vakuuttavuutta tai uskottavuutta osaltaan lisää katkelman loppuosa, jossa keskustelija I pyrkii kuvailemaan stimulanttien vaikutusta ADD:n hoitokeinona omalla kohdallaan. Mielenkiintoisena piirteenä katkelmassa näyttäytyy kirjoittajan tapa päättää lauseet huutomerkkiin viimeistä lausetta lukuun ottamatta, jossa perinteiset ”lauseen päättävät merkit” on korvattu tunnetilaa ilmaisevalla hymiöllä.

Otteesta 5 poimituissa esimerkeissä asetelma ”stimulantit ja muut lääkkeet”, saa uusia piirteitä. Keskustelukatkelmassa keskeisenä voi nähdä asiayhteyden, jossa stimulanttilääkitykseen liittyvää keskustelua käydään. Vaikka osassa otteen esimerkeistä esiintyy bentsodiatsepiinien osalta ongelmakäyttöön liittyvää ”lähti tyystin lapsesta” kaltaista puhetta, on katkelma stimulanttien suhteen sijoitettavissa pääsääntöisesti lääkitykseen ja hoitomenetelmään liittyvän puheen alueelle. Varsinaisen päihteisiin tai niiden käyttöön viittaavan puheen osuus on niin ikään vähäistä, ellei olematonta. Päihdekäyttöä koskevat viittaukset liittyvät lähinnä bentsodiatsepiineihin ja ovat luonteelta melko väljiä tai epäsuoria. Keskeisenä ja yhtenä merkittävimmistä piirteistä, on otteen esimerkeissä näyttäytyvä myönteinen suhtautuminen stimulanttien käyttöön osana ADHD:n tai

ADD:n oireiden hoitoa. Stimulanttien käyttö ADHD:n kaltaisissa poikkeustapauksissa on nähtävissä suotavana, toivottavana tai siihen kannustettavana elämänlaatua parantavana tekijänä. Stimulanttilääkitykseen liittyvä kannustus ja sen hyötyihin liittyvä vakuuttaminen antaa epäsuorasti viitteitä lääkekäytön aloittamiseen liittyvästä mahdollisesta epävarmuudesta tai arastelusta. Toisin sanoen, kannustamisen ja vakuuttelun voi nähdä keinona tai pyrkimyksenä muuntaa oletettuja, jo olemassa olevia stimulanttilääkitykseen liitettyjä uskomuksia. Huomioitavaa on niin ikään bentsodiatsepiineihin liittyvä, ajoittain varsin negatiivinen suhtautuminen samanaikaisesti tapahtuvan stimulanttien hyötyjen korostamisen yhteydessä. Myönteinen puhe sijoitetaan koskemaan tarkasti hoitomenetelmää. Stimulanttien hyväksyttävä käyttö määritellään tältä osin koskemaan vain ADHD:n tai ADD:n kaltaisia poikkeustilanteita.

## 8.8. Lääke vai päihde – käytön syy ja oikeutus

Suhtautuminen stimulanttilääkitykseen saattaa olla melko myönteistä tapauksissa, joissa lääke on määrätty juuri ADHD:n tai ADD:n hoitoon. Diagnoosin ja reseptin lisäksi käytön hyväksyttävyys ja oikeutus saattavat joissain tapauksissa riippua myös muista tekijöistä. Diagnoosi ja resepti edustavat monille stimulanttien viihdekäyttäjille tavoiteltavaa vapaakorttia laillisen huumausaineen käyttöön. Voikin siis olettaa, että luvanvaraisen stimulanttilääkityksen piiriin kuuluu myös tapauksia, joissa käyttötapa ja tarkoitus on jo alkujaan ollut muu kuin hoidollinen. Otteen 6 esimerkeissä keskustelua käydäänkin juuri tästä näkökulmasta.

Ote 6, esimerkki 1 (keskustelija J)

*Minua on jotenkin alkanut jurppimaan, kun piriin ja sen johdannaisiin liittyvissä asioissa vedetään aina toi AD/HD kortti esiin. Aina sama homma tyyliin, että "Vauhdeissa musta tulee niin rauhallinen, että..." tai "Muilla menee tosi lujaa, mutta mulla ei" tai "Vauhdeissa pystyn vaikka nukkumaan tai syömäänkin, jos haluan".*

*Sitä vaan ollaan vaan niin saatanan rauhallisia ja muutenkin lähes täydellisiä, että...*

*PRKL!!!* 

*Tuntuu siltä kuin tällä mahdollisella AD/HD:lla haettaisiin jonkinlaista oikeutusta omalle*

*pirin kiskomiselle..?*

*Se on asia mikä tässä jurppii tai on jurppinut jo pidemmän aikaa. En ole vain viitsinyt mielipidettäni ilmaista, mutta nyt sen teen. Voin sen ihan rehellisesti kertoa ettei asian laita ole mielestäni niin miten monet täällä väittävät sen olevan. Lisäksi voin myös väittää, että ilmaisen näkemykseni yli vuosikymmenen kokemuksella.*

*Itse olen kyseistä ainetta käyttänyt elämässäni aika paljon, itse asiassa viimeksi juuri tänään. Minulla on ihan virallinen AD/HD diagnoosi, joka tosin perusteellisemmassa viikon kestäneessä ja sairaalajakson vaatineessa psykologisessa tutkimuksessa muutettiin ADD:ksi. Mutta sillä nyt ei varmaan pointin kannalta ole kauheasti merkitystä. Muuten sama asia, mutta ilman sitä hillitöntä ylivilkkausta.*

*Pointtini tässä on se, että kyllä minä vaan vuosien varrella olen huomannut, että kun sitä piriä riittävästi kiskoo niin kummasti vain itsekin lähden enemmän ylikierröksille kuin yleensä... Juttua esimerkiksi saattaa tulla niin, että loppua ei näy yms... Syöminen ja nukkuminen on myös silloin erittäin hankalaa. En kuitenkaan voi väittää etteikö nekin ihan pakosta tai erinäisten lääkkeiden avulla viimeistään onnistuisi...*

*Mutta selvennettäköön asiaa sen verran, että tämä avautuminen ei nyt kuitenkaan pirin kiskomisesta johtunut eikä myöskään mistään jäätävistä laskuistakaan. Vedin tänään vain yhdet vedot aamupäivällä ja äsken heräsin reilun parin tunnin "päiväunilta" sohvalta tukevan aterian jälkeen... Seuraavaksi varmaan menen tästä nukkumaan ihan kunnon yöunille, kun väsyttää edelleen...*

*Eikä se vittu todellakaan johdu siitä, että "Mulla on AD/HD ja vaikka vetäisin kuinka paljon piriä niin musta tulee vaan normaali" kaltaisesta diipadaapasta vaan ihan siitä, että kyseisen aineen vaikutus on jo lakannut. Piste.*

Otteen 6 esimerkit ovat osa muista päihteistä käytävää keskustelua. Aiempi viesti on päättynyt mainintaan ADHD –diagnoosista, johon keskustelija J on reagoinut kommentilla ”Minua on jotenkin alkanut jurppimaan, kun piriin ja sen johdannaisiin liittyvissä asioissa vedetään aina toi AD/HD kortti esiin”. Keskustelija J liittää osionsa ensimmäisessä lauseessa ADHD:n ja stimulantit



toisiinsa riippumatta siitä, onko kyseessä lääkestimulantti vai laitton huumausaine. Oireyhtymän ja stimulanttien yhteyttä J korostaa kuvailemalla stimulanttien lääkekäyttöön liittyviä, oletettuja käänteisiä vaikutuksia. Stimulanttien lääkekäytön aiheellisuus kuitenkin kyseenalaistuu kommentissa ”Tuntuu siltä kuin tällä mahdollisella AD/HD:lla haettaisiin oikeutusta omalle pirin kiskomiselle...?”. Keskustelija J asettaa näin lääkestimulanttien käytön perusteet ainakin osassa tapauksista kyseenalaiseen asemaan. Keskustelija J toisin sanoen esittää ADHD:n toimivan joissain tapauksissa keinona asemoitua stimulanttien viihdekäyttäjistä hyväksyttävämpään lääkekäyttäjän asemaan. Huomionarvoista on myös J:n tapa käyttää yleisemmin huumausaineeseen liittyviä, ja huumepuheessa esiintyviä termejä ”piri” ja ”kiskominen” kyseenalaistamiensa tapausten yhteydessä.

ADHD:n kautta tapahtuva stimulanttien käytön oikeuttaminen sekä toistuvasti tapahtuva oireyhtymän liittäminen osaksi stimulanteista käytävää keskustelua on ärsyttänyt J:ta jo pidempään, mutta hän on aiemmin päättänyt olla tuomatta asiaa esille. Vaitioloon liittyvä lause ”En vain ole viitsinyt mielipidettäni ilmaista, mutta nyt sen teen” on mahdollista nähdä paitsi päättäväisenä, myös hieman uhmakkaana. Vaikka J tiedostaa näkemystensä poikkeavan siitä ”miten monet täällä väittävät sen olevan”, kokee J aiemman vaikenemisen sijasta tunnepitoisen mutta ”rehellisen” kannanottonsa nyt aiheelliseksi. J on niin ikään tietoinen avautumisestaan seuraavasta mahdollisesta vastareaktiosta ja mainitsee kantansa pohjautuvan ”yli vuosikymmenen” kokemukseen, perustellen samalla omaa käytännöstä nousevaa asiantuntemustaan.

Voimakkaan tunnepitoinen ilmaisutapa ja ärtymys selittyy osittain J:n oman ”virallisen” ADHD – diagnoosin kautta. ”Virallisesta” diagnoosistaan huolimatta J kokee aiheelliseksi tarkentaa aiemman ADHD:n muuttuneen ”perusteellisemmassa viikon kestäneessä ja sairaalajakson vaatineessa psykologisessa tutkimuksessa” ADD:ksi. Vaikka tarkennuksella ei ”pointin kannalta ole kauheasti merkitystä”, on asian esiin tuominen nähtävissä mahdollisena keinona vahvistaa diagnoosin pätevyyttä sekä irtautumisena ADHD:lla oikeutusta hakevista tapauksista. Huomiota herättää myös lause ”Itse olen kyseistä ainetta käyttänyt elämässäni aika paljon” heti täsmällisemmästä diagnoosista ja ADHD:n sekä ADD:n eroista kertovan kappaleen alussa. ”Oikeutusta omalle pirin kiskomiselle” hakevien ryhmästä poiketen J on tässä yhteydessä ”käyttänyt” kyseessä olevaa ”ainetta”.

Perusteltuaan diagnoosinsa pätevyyden, pyrkii J osoittamaan yleisistä uskomuksista poikkeavat näkemyksensä tosiksi vetoamalla jälleen omakohtaiseen kokemukseen. Normaalial

perusteellisemmin kartoitetusta diagnoosistaan huolimatta ”vuosien varrella” kertynyt kokemus on osoittanut, ”että kun sitä piriä riittävästi kiskoo niin kummasti vain itsekin lähen enemmän ylikierroksille kuin yleensä”. Stimulanttien vaikutus on muutoinkin hyvin samankaltainen kuin kaikilla muillakin. Ruokahaluttomuus ja nukkumisvaikeudet ovat kuitenkin voitettavissa ”ihan pakosta tai erinäisten lääkkeiden avulla viimeistään”. Merkillepantavaa J:n kerronnassa on lauseeseen sisältyvä kuvaus ”kun sitä piriä riittävästi kiskoo”. Toivottu ”ylikierroksille” pääseminen on mahdollista, mikäli käyttöannos on tarpeeksi suuri. Vaikka tarvittua annostusta kuvaava sana ”riittävästi” on lähinnä suuntaa antava, voi sen kuitenkin olettaa ylittävän normaalin lääkehoitoon tarkoitettujen käyttömäärien rajat. Mielenkiintoisena piirteenä tässä yhteydessä näyttäytyy lisäksi J:n stimulantteja ja niiden käyttöä kuvaavat sanat ”piri” ja ”kiskominen”, joilla niin ikään voi nähdä olevan yhteyttä lääkinnällisen käyttötarkoituksen ulkopuolelle.

Huumekäyttöön viittaavaa sanastoa esiintyy myös esimerkki 1:n toiseksi viimeisessä kappaleessa, jossa keskustelija J huomauttaa, ettei mielenilmaus ole seurausta ”pirin kiskomisesta” tai vaihtoehtoisesti ”jäätävistä laskuistakaan”. Tämän jälkeen J kertoo ottaneensa ”tänään vain yhden vedot aamupäivällä”. Tästä johtuen J mainitsee heränneensä ”reilun parin tunnin ”päiväunilta” sohvalta tukevan aterian jälkeen”, huomauttaen samalla olevansa edelleen väsynyt. Keskustelija J on siis kertonut käyttäneensä aiemmin päivällä stimulantteja, mutta kuitenkin hillitysti. Koska J mainitsee tämän jälkeen syöneensä ja nukkuneensa, voi olettaa, että käytetty määrä ei ole ollut ”riittävästi”, mikä puolestaan viittaa ”riittävän” määrän olevan huomattavasti lääkekäyttöön tarkoitettua annosta suurempi. Esimerkki 1:n viimeisessä kappaleessa J lisää vielä, ettei väsymys johdu siitä että ”mulla on AD/HD ja vaikka vetäisin kuinka paljon piriä niin musta tulee normaali” vaan väsymys on seurausta ”siitä, että kyseisen aineen vaikutus on jo lakannut”.

Esimerkki 1:ssä keskustelija J liikkuu voimakkaasti lääkehoidon ja viihdekäytön rajojen välillä. Lähtökohtaisesti J paheksuu ADHD:n toistuvaa liittämistä keskusteluun, jossa kyse pohjimmiltaan on piristeiden viihdekäytöstä ADHD:n verhoamana. J:n näkemyksen mukaan valitettavan useissa tapauksissa ADHD toimii muutoin laittoman huumausaineen käytön oikeuttajana. Vaikka J:n kommentit liittyvät ajoittain melko vahvasti ADHD:n aiheellisen diagnoosin tärkeyteen ja on siltä osin sijoitettavissa lääkehoidon alueelle, on J:n kannanotto muutoin varsin päihdekäyttöön painottunutta. Kriitikistään ja omasta diagnoosistaan huolimatta J:n kannanotto sijoittaa J:n itsensä selvästi päihdekäytön alueelle. Vaikka J:llä itsellä on diagnoosi ja kuuluu tältä osin lääkehoidon alueelle, on J:n lääkkeisiin liittyvä päihdekäyttö, niin stimulanttien kuin muidenkin lääkeaineiden osalta, varsin suoraan havaittavissa.

J:n kommentointi sisältää melko runsaasti huumausaineisiin ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvää sanastoa niin käytön kuin käytettävän aineen osilta. J:n lähestymistapa on mielenkiintoinen siitäkin syystä, että se puoltaa ADHD:n aiheellista ja tarkkaa diagnosointia. Samalla J kuitenkin kiistää stimulanttilääkitykseen liittyvien, ADHD:n oireilua helpottavien ominaisuuksien olemassaolon. Ajoittain ristiriitainen lähestymistapa on nähtävissä juuri kommenteissa, joissa stimulantteihin liittyvät lääkinnälliset hyödyt kielletään viittauksilla ”riittävään” annostukseen. ”Riittävästä”, toisin sanoen normaalia suuremmasta käyttöannoksesta seuraavat ”ylikierrokset” eivät välttämättä kohtaa lääkehoidon hyötyjä kyseenalaistavan näkökulman kanssa. Tästä osoituksena toimii esimerkin loppupuolen kuvaus hillitymmän annostuksen seurauksista, joiden yhteys lääkinnällisiin hyötyihin on melko selvä. Ajoittain J:n näkemykset piirtävät kuvaa stimulanteista päihteenä riippumatta siitä, onko kyseessä lääkehoito vai viihdekäyttö. J:n kannanotossa voi nähdä epäsuoria viitteitä siitä, missä tilanteissa ja yhteyksissä itse ADHD:sta puhuminen, sen määrittely tai ADHD-diagnosoiduksi määrittäminen on oikeutettua.

Keskustelija J saa odotuksistaan huolimatta kuitenkin myönteistä palautetta muilta keskusteluun osallistujilta. Otteen 6 esimerkin 2 ”keskustelija K” (nimimerkki muutettu) on myös havainnut yhteyden ADHD:n ja lääkehoidon ulkopuolisen stimulanttien käytön välillä.

Ote 6, esimerkki 2, (keskustelija K)

*Jep, samoja juttuja joskus itsekkin miettinyt. Näitä päivittäin kiskovia sähköjäniksiä on nähty 100 ja 1, jotka oikeuttavat käyttööän jollain epämääräisillä ”Tää on lääkekäyttöä vaan, mulla ku on varmaan ADHD”-jutuilla.*

”Keskustelija K”:n (nimimerkki muutettu) vastine on varsin lyhyt, mutta tukee osaltaan keskustelija J:n tekemää havaintoa ja kertoo miettineensä samaa ilmiötä myös itse. K:n vastineessa näkyy jälleen eronteko lääkehoidon ja muun stimulanttien käytön välillä. Keskustelija K:n silmissä tapaukset, joiden stimulanttien käyttö on kyseenalaista, ovat ”päivittäin kiskovia sähköjäniksiä”. ”Sähköjäniksi” nimittämiensä tapausten käyttöä keskustelija K kuvaa J:n tapaan sanalla ”kiskominen”. Lopussa K ilmaisee näkevänsä ”Tää on lääkekäyttöä vaan, mulla ku on varmaan ADHD” kaltaiset ”epämääräisiksi” määrittelemänsä kommentit J:n tavoin keinona oikeuttaa omaa

käyttöään. K:n antamassa esimerkissä oikeutusta saattaa tapahtua käyttäjän itsensä tekemän mahdollisen ADHD:n varaisen oletuksen varassa, ilman varsinaista diagnoosia.

Lisätukea keskustelija J:n näkemys saa esimerkki 3:n ”keskustelija L”:ltä (nimimerkki muutettu). Vaikka J:n aiempi kannanotto saa jälleen tukea, tuo L keskusteluun vaihtoehtoisen näkökulman.

Ote 6, esimerkki 3, (keskustelija L)

*Asiaahan tuo on mistä puhut, mutta onhan se vähän eri asia uskooko neurologisten poikkeamien vaikuttavan siihen miten aineet vaikuttaa kuin että käyttää niitä puolustuksena tai selityksenä omalle käytölle. En usko että kukaan jolla joku tähän sarjaan kuuluva häiriö on oikeasti siksi käyttäisi että se terveydelle/päälle/kropalle olisi hyväksi mutta tekoselityksenähän tuo monilla menee, joillakin jopa läpi..*

*ADHD:sta nyt muutenkin on tullut muotisairaus ja sitä diagnoosia jaetaan joillekin tyyliin parin lapun täyttämisen jälkeen. Yleistäen sanon että samat jotka puolustavat omaa käyttöään diagnoosilla ovat niitä jotka vetävät myös ne lääkkeet viihdetarkotukseen mistä en nyt edes jaksa alkaa käydä sen enemmän tässä paasaamaan..*

*Kuka puolustaa käyttöään milläkin, paska lapsuus, sairaus, jne jne, itseksetus on hieno asia...* 😊

Keskustelija L ottaa huomioon mahdolliset poikkeukset kommentissa ”onhan se vähän eri asia uskooko neurologisten poikkeamien vaikuttavan siihen miten aineet vaikuttaa kuin että käyttää niitä puolustuksena tai selityksenä omalle käytölle”. Keskustelija L:n mukaantuoma näkemys käyttäjän itsensä suhtautumisesta diagnoosiin tekee eroa lääkehoidon ja päihdekäytön välille. ADHD –diagnoosiin vetoaminen L:n mukaan ei siis välttämättä liity aina käytön oikeutukseen, vaikka ”tekoselityksenähän tuo monilla” olisikin. Keskustelija L ei niin ikään usko kenenkään oikean diagnoosin saaneen käyttävän ainetta sen takia että ”se terveydelle/päälle/kropalle olisi hyväksi”. Viittaamalla oikean diagnoosin saaneiden oletettuun lääkekäyttöön, ottaa L samalla esille stimulantteihin liittyvät mahdolliset terveydelliset haittatekijät. Haittatekijöiden mukaantuomisen

voi tältä osin nähdä viittaavan lääkestimulantteihin substanssina, jonka ero laittomiin stimulantteihin liittyy lähinnä juuri diagnoosiin ja sen tuomaan lääkestatukseen.

Oikean ja oikeilla menetelmillä tehdyn diagnoosin tärkeys on nähtävissä L:n kommentista ”ADHD:sta nyt muutenkin on tullut muotisairaus ja sitä diagnoosia jaetaan joillekin tyyliin parin lapun täyttämisen jälkeen”. Näkemykset vaillinaisesti tehdyistä diagnooseista sekä ADHD:sta muotisairautena tekee osittain jakoa hyväksyttävän ADHD:n ja näennäisen ADHD:n välillä. Kahtiajakoa diagnosoitujen suhteen edustaa myös kommentti ”samat jotka puolustavat omaa käyttöönsä diagnoosilla vetävät myös ne lääkkeet viihdetarkotukseen”. Huomioitavaa keskustelija L:n ilmaisuissa on jälleen käyttöön liittyvät sanavalinnat. Yhteydessä, jossa viitataan tapauksiin joilla ”häiriö on oikeasti”, lääkkeitä nimenomaan ”käytetään”. Tapauksissa joissa diagnoosi on kyseenalainen ja joissa L:n mukaan diagnoosi toimii oikeutuksena, on käyttöä kuvaamassa termi ”vetävät”.

Viestiketjun aiemmasta, enemmän päihdekäyttöön painottuneesta puheesta poiketen keskustelija L tekee jakoa diagnosoitujen välille sen mukaan, kuinka oikeaksi ja osittain oikeutetuksi diagnoosi ja siitä puhuminen tai siihen vetoaminen koetaan. L:n vastine vie tältä osin keskustelua kohti lääkekäyttöä ja hoitomenetelmää, yhdistäen siihen kuitenkin diagnoosin ja päihdekäytön yhteyteen liittyviä piirteitä.

Palaute on tähän mennessä ollut melko myönteistä ja keskustelija J näkemystä tukevia. Otteen 6 esimerkissä 4 keskustelun käynnistänyt J vastaa keskustelijoiden K ja L esittämään palautteeseen.

Ote 6, esimerkki 4 (keskustelija J)

*Erittäin positiivista huomata, että jotkut sentään ovat jossakin määrin samaa mieltä kanssani!* 😊

*En kuitenkaan väitä ettei piristä ja sen johdannaisista olisi apua joillekin neurologisista poikkeamista kärsiville.*

*Varmasti on, mutta silloin ne annoksetkin ja käyttötapakin on aivan erilainen kuin näillä tekoselittelijöillä.*

*Mutta ei nyt tästä sen enempää ettei ihan lipeä sivuraiteille ketjun aiheista.*

Aiemmin luomistaan ennakkokäsityksistä poiketen, on J:n mukaan ”Erittäin positiivista huomata, että jotkut sentään ovat jossakin määrin samaa mieltä”. Vaikka J kokee saamansa palautteen positiiviseksi, on palaute kuitenkin vain ”jossain määrin” yhdenmukainen J:n aiemmin esittämien mielipiteiden kanssa. Aiemmasta ehdottomuudestaan huolimatta J:ltä lopulta löytyy joustavuutta mielipiteissään. Aiempia kommenttejaan korjaten J ei ”kuitenkaan väitä ettei piristä ja sen johdannaisista olisi apua joillekin neurologisista poikkeamista kärsiville”. Korjauksensa jälkeen J itse ottaa esille aiemman, ehkä hieman ristiriitaisen lähestymistapansa, huomioiden käyttömäärän kommentilla ”Varmasti on, mutta silloin ne annoksetkin ja käyttötapakin on aivan erilainen kuin näillä tekoselittelijöillä”. Tältä osin J:n voi sanoa puhuvan osittain itseään ja aiempaa tunnepurkaustaan vastaan. Vaikka J tekee irtioton ”tekoselittelijöistä”, on muistettava J:n omaan käyttöön liittyvä maininta ”riittävästi kiskomisesta” toivottujen ”ylikierrosten” edellytyksenä.

Keskustelija J:n kommentti saa kuitenkin aikaan myös odotetun vastareaktion. Esimerkissä 5 vastareaktio liittyy juuri keskustelija J:n tekemään jakoon siitä, onko ADHD:n mukaan tuominen ja siihen vetoaminen keksitty syy, jolla stimulanttien käyttöä oikeutetaan. Lisäksi J:n kyseenalaistama lääkityksen hyöty ja käännteinen vaikutus ADHD- tapauksilla saa osansa vastareaktiosta.

Ote 6, esimerkki 5 (keskustelija M)

*Jos minua tarkoitat näillä tekoselittelijöillä ja diipadaapan kertojana, niin pakko on oikaista sun käsitystä.*

*Eli A: En enää käytä piriä kuin ihan satunnaisesti, eli ehkä kerran tai kaksi puoleen vuoteen, koska olen buprella korvaushoidossa ja en koe enää tarpeelliseksi leikkiä pirin kans.*

*B: Minulla ei ole varmistettua adhd-diagnoosia, sitä epäiltiin lapsena mutta siihen aikaan testitkin olivat ihan sieltä tännepäin, eli EN ole perustellut/oikeuttanut omaa satunnaiskäyttöäni sen piikkiin, et ku mulla on adhd niin mulla on "oikeus" vetää piriä "lääkkeenä"!!!*

*C: Kauan sitten taaksepäin, yli 10vuotta, käytin pirin paskaa ihan varmasti sen verran paljon ja sen verran kauan(veikkaan et ehkä jopa enemmän kuin sinä) et tiedän kyllä millon sen vaikutus alkaa hiipua ja kun mainitsin että piri ei mun nukkumista häiritse, niin usko pois et se ei sitä häiritse. Pohdin myös samalla voisiko se johtua nopeasta aineenvaihdunnasta, eli en yrittänyt "perustella" sitä pelkästään jonain adhd:stä johtuvana seikkana.*

*Ja vielä D: Kertaakaan en ole saanu piristä ns. laskuja?? joka tekisi oloni jotenkin huonoksi tai kipeäksi tai masentuneeksi, ainoastaan pitkän kuurittamisen jälkeen saatto olla tavallista väsyneempi pari päivää, mut ei sen kummempaa. Ja niihin ns. laskuihin vaikuttaa myös pirin laatu huomattavasti, ja jos jotain katu-paskaa vetää jossa on kaikki mahdolliset psyyke+efedrinit+kipulääkkeet jauhettu sekaan et on saatu jatkettua vielä vähän sitä kolmesti aiemmin jatkettua paskaa, niin ei ihme jos seuraavana päivänä vähän on mieli apea ja olo on heikko...*

*Tässä pieni oikaisu kommenttiisi, koskien "näitä adhd:n varjolla käyttönsä oikeuttavien diipadaapasta" ja siitä miten kukakin kokee oman olotilansa.*

*Ja jos sulla on virallisesti diagnosoitu adhd ja koet jonkun asian piripäissäsi tietyllä tavalla, niin eihän se tarkoita että kaikkien adhd:stä kärsivien pitää kokea asia samalla tavalla tai heidän kertomansa kokemus EI VOI olla mahdollista, ku sulla on OIKEA adhd ja sä TIEDÄT miten piri silloin toimii tai ei toimi...*

Esimerkissä 5 ärtymystä on herättänyt juuri keskustelija J:n aiemmin esittämä kommentti ”näitä adhd:n varjolla käyttönsä oikeuttavien diipadaapasta” siitäkin huolimatta, ettei ”keskustelija M”:llä (nimimerkki muutettu) itsellään ole diagnoosia. J:n aiempi vetoaminen omaan kokemukseensa kääntyy nyt J:tä itseään vastaan. Keskustelija M viittaa juurikin J:n omaan ”viralliseen” diagnoosiin, jolla J on perustellut mielipiteitään stimulanttien vaikutuksesta ADHD-diagnosoitujen kohdalla. Keskustelija M ottaa asian esille myös kommentissa ”kun sulla on OIKEA adhd ja sä TIEDÄT miten piri silloin toimii tai ei toimi”. Esimerkissä 5 keskustelija M toisin sanoen tyrmää täysin J:n aiemmin esittämän mielipiteen. M:n vastareaktio toimii siis osittain osoituksena oletettujen rajojen rikkoutumisesta. Keskustelija M:n esittämän vastareaktion alku antaa myös

viitteitä keskustelija J:n aiemmin tekemän jaon oikeiden ja kyseenalaisten ADHD tapausten sisältämästä leimaavuudesta.

Keskustelija J:n kyseenalaisia ADHD- tapauksia kuvailevat nimitykset ”tekoselittelijät” ja ”diipadaapan kertojat” ovat nähtävissä halventavina. Nimikkeet ovat toimineet myös osin keinona, jolla J on sijoittanut itsensä osaksi oikeita ADHD tapauksia. Keskustelija M:n suoraviivainen tulkinta ”Jos minua tarkoitat näillä tekoselittelijöillä ja diipadaapan kertojana” vaatii oikaisua. M kokema uhka sijoittumisesta ”tekoselittelijöihin ja ”diipadaapan kertojiin” kuvaa nimityksiin liittyvän jaon leimaavuudesta. Leimautumisen uhka sitoutuu tältä osin ADHD:n määritelmään. Keskustelija M:n palautteessa on lisäksi huomattavan paljon huumepuheeseen liittyvää sanastoa. Esimerkissä 5 puhtaasti lääkekäyttöön ja hoitomenetelmään liittyviä sanavalintoja ei itse asiassa esiinny juuri ollenkaan.

## 8.9. Sanavalinnat, diagnoosi ja käyttötapa

Otteet 7 ja 8 ovat poimintoja samasta viestiketjusta. Vaikka otteiden välille mahtui myös muuta keskustelua, ovat otteiden 7 ja 8 esimerkit saman nimimerkin kirjoittamia ja tältä osin toisiinsa sidottuja. Otteet liittyvät myös asiasisältönsä kautta toisiinsa. Otteen 7 esimerkissä 1 diagnoosi näyttäytyy keskeisessä asemassa. ”Keskustelija N:n” (nimimerkki muutettu) tekemä jako lääkehoidon ja päihdekäytön välille on erittäin selvästi ilmaistu.

Ote 7, esimerkki 1 (keskustelija N)

*Kiitos kuuluu siis teille ei-addeille, ettei Concertaakaan enää helpolla tipu, koska sitä rännätään! Liivatetta, mahtaa verisuonet kuollessa näyttää mansikkamehulta.. 🤔 Itse kun saan MF:stä ja etyyllifenidaatista järjettömät sivuoireet..*

*Eipä siinä mitään, voipi olla mahdollista että kh-lääkkeetkin aletaan päivittäin hakemaan. Kiitos kuuluu muutaman prosentin marginaalille, ketkä eivät välitä persettä nostaa kauppaa tehdessään; olisihan se vaikeaa kävellä kortteli ympäri tai tarjota röökiaskista edes ne aineet.. 🤔 Kipupotilaat jo kärsivät turhien kipulääkkeiden hakemisesta, pian on pätevä syy määrätä vain ja ainoastaan leptejä.. 😡*



Otteen 7 keskustelija N lähestyy lääkehoidon ja päihdekäytön välistä suhdetta mielenkiintoisella tavalla. Syy Concertan vaikeaan saatavuuteen on keskustelija N:n mukaan sidoksissa tapaan, jolla Concertan väärinkäyttöä tapahtuu. N:n mukaan kauppanimellä Concerta kulkevaa metyyllifenidaatti lääkettä ”rännätään” eli käytetään suonensisäisesti. Vaikka N ei suoranaisesti mainitse omaa diagnoosiaan, esiintyy mainittua suonensisäistä käyttöä ”ei-addeilla”. Kiitosten osoittaminen ”teille ei-addeille” asemoi N:n itsensä kuitenkin mainitsemansa ryhmän ulkopuolelle, joka viittaa N:n omaan diagnoosiin.

Keskustelija N:n kommentin sisältämä, suonensisäistä käyttöä tarkoittava ”rännääminen” viittaa vahvasti huumausaineisiin. Selvää huumeisiin liittyvää puhetta stimulanttien kohdalla esiintyy kuitenkin vain lääkkeiden väärinkäytön kohdalla. Concertan saatavuuteen liittyvät ongelmat N:n näkee harmillisena siitäkkin huolimatta, että N itse saa ”MF:stä ja etyyllifenidaatista järjettömät sivuoireet...”. Haittatekijöitä kuvaamaan omalla kohdallaan N on valinnut sanan ”sivuoireet”. Puhtaasti huumeikäyttöön viittaavaa sanastoa esiintyy N:n puheessa siis vain reseptin ulkopuolella tapahtuvan käytön kuvauksessa.

Keskustelija N:n syy stimulanttilääkkeiden käyttöön tulee esille viestiketjun edetessä. ADHD:n tai ADD:n lisäksi stimulanttilääkitys on N:llä käytössä myös muista syistä.

Ote 8, esimerkki 1 (keskustelija N)

*Itselläni mennyt vuosia d-amfe. Sitä aiemmin 4v Concerta. Onnistuin lopettamaan nopeat mf:n avulla, ja sivuoireiden tähden d-amfeen. Olen kokeillut myös Efexorin, mutta olen todella pitkään (lähes 10v) saanut adhd-lääkityksen mtk/päihdepuolen kautta!* 😬😬

Otteessa 7 esiintynyt paheksunta reseptin ulkopuolella tapahtuvaa käyttöä kohtaan selittyy osaltaan N:n taustan ja korvaushoidon kautta. Aiemmin mainittujen metyyllifenidaatin sivuoireiden vuoksi lääkitys on vaihdettu deksamfetamiiniin. N:n suhtautumistapaa stimulanttilääkitykseen kuvastaa kommentti ”Onnistuin lopettamaan nopeat mf:n avulla”. Metyyllifenidaatin avulla lopetetut ”nopeat” viittaavat aiemmin ongelmakäyttöä aiheuttaneeseen laittomaan amfetamiiniin, tai amfetamiininkaltaiseen laittomaan stimulanttiin. Vaikka N:n saama ADHD-lääkitys on niin ”mf:n”

(metyylifenidaatin) kuin ”d-amfen” (deksamfetamiini) osalta luokkaan ”huumausaine” kuuluva amfetamiiniin verrattavissa oleva stimulantti, tekee N selvän eron laittoman huumeen ja lääkkeen välillä. Huomionarvoista on myös sanavalinta ”nopeat” juuri huumausainetta kuvailevana sanana, joka otteen 8 esimerkissä 1 on ainoa suoraan huumausaineeseen viittaava termi. Vastaavaa jakoa lääkkeen ja huumeen välillä ilmenee esimerkissä 2.

Ote 8, esimerkki 2 (keskustelija N)

*Henkilöpulan tähden muutettu paljon ihmisiä, jonka tähden vielä useamman vuoden jälkeen jäin piikkikoukkuun. Aiemmin paikkaa vaihdettuani +2v taaksepäin, retkahdin piikkiin muutaman kk:n välein.. Nyt ongelmana ollut terapian vähyys, sekä byrokratian hitaus. Ts kaikki olisi aivan fantastisesti, kun saisin selvitettyä aivoissani piikkikoukun ongelman sekä pystyisin välttämään kaikki tilanteet.. 🤖*

*Mikäli on iv-vaihe päällä, käytän enemmän omia lääkkeitäni kuin haen aineita/lääkkeitä käyttäjiltä.. Oravanpyörä, johon tarvitsisi keskusteluapua.. Sitä tukiverkostoa vain on hankala ollut etsiä.. Eiköhän tuohon joku ratkaisu löydy.. On kuitenkin aivan sama itselleni, mitä ruiskussa on jos tahdon vain vedot.. 😞 Historiassa muutakin itsetuhoista käyttäytymistä, niin ei ole mitään ”pakettiratkaisua” tarjolla. Toisaalta riskit nousevat älyttömästi, mikäli jään ilman adhd-lääkkeitä täysin; kh-lääkkeet eivät lopu iv-käytön tähden, mikä taas on mielestäni erittäin kaksinaismoralistista! 😞*

Kuten aiemmin, jako lääke- ja päihdekäytön on selvä. Esimerkissä 2 N kertoo käyttävänsä mieluummin ”omia lääkkeitään” kuin hakee ”aineita/lääkkeitä käyttäjiltä”. Samassa yhteydessä N tekee jaon itsensä ja ”käyttäjien” välillä. Vaikka N tuo esille oman satunnaisen suonensisäisen käyttönsä kuvauksella ”iv-vaihe” (intravenous), on jako ”käyttäjien” ja N:n itsensä välillä selvä. Esimerkissä 2 merkillepantavaa on myös N:n omaa suonensisäistä käyttöä kuvaava lyhenne ”iv”, jota esiintyy myös puhtaasti lääketieteellisessä puheessa. N:n suhtautumistapa tiivistyy lopulta esimerkissä 3.

Ote 8, esimerkki 3 (keskustelija N)

*Vituttaa vain tuollainen uhkailu(uusi lääkäri, vanhan saan ilm byrokratian jälkeen), kuitenkin vuosia olen kuulunut siihen "helppoon osaan potilaista", ketkä yrittävät päästä osaksi yhteiskuntaan.. Useat kh:ssa olevat kuitenkin jäävät siihen "säättämiselämään".. Itse turvaudun piikkiin useamman päivän masiksen jälkeen, ongelmien kasaannuttua, yleensä vajaan kk:n sisällä. Muutamasta päivästä pariin kk:een voi kestää putki, jolloin taas lopetan..*

*Mikäli löytyisi lisää terapiaa, saisin kyllä selätetyksi tuon ongelman (jonka olen monta kertaa aiemminkin voittanut), yksin sitä tuskin kykenen tekemään.. 😞 Itselleni on auttanut, että henkilökunta on nähnyt kuinka elämänlaatu on jatkuvasti parantunut tiettyjen lääkkeiden kanssa.. Olen käyttänyt nopeita 8-9 vuoden aikana alle 10krt.. Tiettyissä aineissa ja lääkkeissä kykenen kohtuukäyttöön.. 😊 Se pieni ero aivoissa, onko kyseessä lääke vai huume.. 😊*

*Yhtään piikkikoukusta kärsivää en tunne, joka pelkkää vettä haluaisi lyödä.. Onneksi en tällä hetkellä käytä iv:sti.. On harmi, että joku pilvenpoltto estää lääkityksen saamisen.. Toisaalta koko lääkitys häviää, mikäli niitä myydään kadulle.. Kyse on täysin lääkäristä kiinni..*

*Yhteinen linja olisi tärkeä.. 😊*

Stimulanttilääkkeistä saatu hyöty korvaushoitona on nähtävissä ”nopeiden” käyttökertojen selvässä vähenemisessä. Vaikka N käyttää stimulanttilääkkeitä päivittäin ja satunnaisesti jopa suonensisäisesti, on ”nopeiden” käyttöä tapahtunut viimeisen ”8-9 vuoden aikana alle 10krt”. Kohtuukäyttö on niin ikään sidoksissa käytettyyn lääkkeeseen tai aineeseen. Oman jaotteluun liittyvän näkemyksensä N tiivistää lauseessa ”Se pieni ero aivoissa, onko kyseessä lääke vai huume...”.

Otteissa 7 ja 8 on nähtävissä stimulantteihin liittyvä lääkkeen ja huumeen välinen, ajoittain epäselvä raja. Otteissa esiintyvän keskustelija N:n lähestymistavassa tapahtuu suoraviivainen jako niin lääkkeen ja huumeen kuin käyttötarkoitusten ja käyttäjien välillä. Keskustelija N:n puheessa stimulanttilääkkeiden väärinkäyttöön liittyvien, huumausaineisiin viittaavien ja niiden käyttöä kuvaavien sanavalintojen määrä on melko vähäinen. Huumepuhetta tai huumesanastoa esiintyy lähinnä kohdissa, joissa keskustelija N pyrkii selvää jakoon lääkekäytön ja päihdekäytön välillä.

Selvimpänä esimerkkinä näyttäytyy suonensisäiseen käyttöön viittaavan termin ”rännääminen” vaihtuminen lääketieteessäkin käytettävään lyhenteeseen ”iv”. Keskustelija N liittää ”rännäämisen” osaksi väärinkäyttöön liittyvää kritiikkiä. Lyhenne ”iv” liittyy puolestaan N:n omaan, hoitomenetelmään mieltämänsä suonensisäisen käyttötavan kuvaamiseen, sekä eron tekoon itsensä ja ”käyttäjien” välillä. N erottaa myös lääkekäyttöön tarkoitetut stimulantit laittomista, ”nopeiksi” nimeämistään ja päihdekäyttöön tarkoitetuista stimulanteista. Otteiden 7 ja 8 keskeisimmät piirteet tutkielman kannalta liittyvätkin juuri lääkkeen ja huumeen väliseen selvään jakoon, sekä jaon yhteydessä tehtyihin kontekstisidonnaisiin sanavalintoihin.

## 9. Pohdintaa ja yhteenvetoa

Tutkielmani keskiössä oli selvittää eri lähtökohtiin pohjautuvia suhtautumistapoja ADHD- ja ADD-oireyhtymien hoidossa käytettyihin, huumausaineeksi luokiteltaviin lääkestimulantteihin. Koska kyseessä oli amfetamiiniin rinnastettava stimulantti eli piriste, oli varsin ilmeistä että Päihdelinkki-sivustolta aineistoksi keräämäni keskustelut sivusivat lääkekäytön ohella myös laittoman huumausaineen käyttöä. Tarkoitusta varten jaottelin keskustelut sen mukaan, kuinka ne painoutuivat juuri päihdekäytön ja lääkehoidon mukaan. Keskeisenä piirteenä keskusteluissa ilmeni myös lääkehoidon edellytyksenä toimiva ADHD- tai ADD-diagnoosi.

Jo aineiston käsittelyn alkuvaiheessa oli havaittavissa selvä yhteys ADHD:sta ja stimulanteista käytävien keskusteluiden välillä. Keskustelut jotka lähtökohdiltaan nojasivat puhtaasti päihdekäyttöön, sisälsivät yleensä myös viitteitä ADHD:sta. Niin ikään ADHD:sta käytyt keskustelut monissa tapauksissa sisälsivät kannanottoja lääkestimulanttien mahdollistaman viihdekäytön suuntaan. Yksiselitteistä jakoa päihteen ja lääkkeen välillä ei suoraan ollut siis havaittavissa. Tästä syystä päihdekäytön ja lääkehoidon rinnalle muodostui jaottelu sen suhteen, olivatko keskusteluun osallistuvat itse ADHD- tai ADD-diagnoosin saaneita. Diagnoosin huomioiminen ja mukaan tuominen muodosti neljä uutta kategoriaa: päihdekäyttö–diagnoosi, päihdekäyttö–ei diagnoosia, lääkekäyttö–diagnoosi sekä lääkekäyttö–ei diagnoosia, joka viittasi mahdolliseen diagnoosia edeltäneeseen itsehoitoon. Muodostuneet neljä kategoriaa helpottivat keskusteluiden seuraamista ja mahdollistivat niissä ilmenneiden erilaisten puhetapojen havaitsemisen.

## 9.1. Psykologisen avaruuden mallin suhde aineistoon

Aineistovalintani perusteluun liittyvä Rom Harrén ajatus psykologisesta avaruudesta oli niin ikään nähtävissä käsittelemässäni aineistossa. Psykologisen avaruuden mallin mukaisesti keskusteluissa ilmeni piirteitä mallin sisältämistä sosialisatioon liittyvistä eri vaiheista.

Keskusteluissa, joissa lähiomainen kertoi asennemuutoksistaan aiemmin kyseenalaistamiaan lääkekäytössäkään toimivia huumausaineita kohtaan, toimivat osaltaan esimerkkeinä siitä yksilön läpikäymästä prosessista jota Harré pyrkii psykologisen avaruuden mallillaan selittämään. Suhtautumistavassa tapahtuneiden muutosten ja niiden julkistamisen lisäksi omaisen tapa käyttää huumausaineisiin liittyvää sanastoa ja termejä toimivat osaltaan myös esimerkkinä psykologisen avaruuden omaksumisen vaiheesta. Omaksuminen ja muuntaminen ovat siis nähtävissä siinä puhettavassa, jonka varassa lopullinen asennemuutoksiin liittyvä julkistaminen tapahtuu.

Julkistamisen vaihetta ja siihen liittyvää arkaluontoisuutta kuvaa aiemmin ärtymystä tuottaneet ilmiöt, joiden yleistymisen seurauksena on päätetty herättää aihetta koskevaa keskustelua. Käsittelemässäni aineistossa muutoinkin usein esiintynyt tapa yhdistää ADHD ja ADD osaksi stimulanteista käytävää puhetta, niin lääkityksen kuin päihdekäytön kohdalla, edustaa osaltaan olemassa olevia tapoja ja käytäntöjä joiden kautta aiheeseen liittyvää keskustelua käydään. Käytön perusteleminen vetoamalla tehtyyn diagnoosiin tai oletukseen mahdollisesta tarkkaavaisuushäiriöstä, on myös nähtävissä varsin yleisenä käytäntönä. Vaihtoehtoisen näkemyksen ilmaiseminen saattaa kuitenkin osoittautua liian suureksi kynnykseksi. Poikkeavan näkemyksen julkistamiseen liittyy tältä osin myös oletus mahdollisesta vastareaktiosta, johon saatetaan varautua erilaisilla, varsinaisesta asiasta irrallisilla kommenteilla. Vastaavaa, julkistamisen yhteydessä ilmenevää perustelua esiintyy myös uuden normeja rikkovan näkemyksen perusteluissa, kuten vetoamalla yleisemmin hyväksytyjen lääkkeiden aiheuttamiin haittoihin.

Vaikka keskustelupalstoilla esitetyt, ajoittain rohkeatkin mielipiteet ilmaistaan nimimerkin suojassa, julkistamiseen liittyvät riskitekijät ovat silti havaittavissa. Keskustelupalstojen tarjoamasta, nimimerkin käyttöön pohjautuvasta suojasta huolimatta saatetaan yleisten käsitysten rikkomisen yhteydessä kokea tarvetta puolustaa omaa poikkeavaa mielipidettä, vaikkapa valmiiden vastargumenttien muodossa. Nimimerkinvarainen suoja mahdollistaa kuitenkin normaalia voimakkaammat tunnepohjaiset ilmaisut. Vertaistukeen pohjautuvat, ajoittain henkilökohtaisia ja arkoja asioita käsittelevät keskustelut ovat nähtävissä esimerkkeinä keskustelupalstojen tarjoamasta

julkistamiseen liittyvästä suojasta. Tästä syystä voi olettaa keskustelupalstojen tarjoavan mahdollisuuden myös normien asettamien rajojen kokeiluun tai kyseenalaistamiseen niissäkin tapauksissa, joissa poikkeavat näkemykset jäisivät muutoin ilmaisematta. Oletus keskustelupalstojen tarjoamasta vapaammasta ja peittelemättömämmästä puheesta näyttäisi tältä osin pitävän paikkansa. Tutkielmaani varten kerätyn aineiston voi siis sanoa palvelevan tarkoitustaan tuomalla esiin näkökulmia, keskustelua ja ilmiöitä, joiden olemassaolo muilla keinoin olisi saattanut jäädä havaitsematta.

## **9.2. Lääkestimulantteihin liittyvä puhe ja sanavalinnat**

Keskeisenä piirteenä näyttäytyivät sanavalinnat sen mukaan, liittyikö käyty keskustelu ja puhe stimulanteista päihdekäyttöön vai lääkehoitoon. Käsittelemässäni aineistossa metyyllifenidaatti ja deksamfetamiini esiintyivät termin ”piri” kanssa rinnatusten. Lääke ja laitton huumausaine ovat tältä osin siis toisiinsa verrattavissa olevia aineita, ja näin ollen niihin liitetyt merkityksenannot ovat monilta osin toistensa kaltaisia. Huumausaineisiin ja niiden käyttöön viittaavien termien ja puhtaasti lääkehoitoon liittyvien termien käyttö saattoi vaihdella keskustelijan kerronnassa useampaan otteeseen. Selkeimpänä esimerkkinä sanavalinnoista oli termin ”käyttää” muunnelmät. Riippuen siitä mitä puhuja kulloinkin pyrki ilmaisemaan, sana ”käyttää” saattoi muuttua käyttötapaa kuvaaviin termeihin ”kiskominen” tai ”vetäminen”, joiden yhteys juuri päihdekäyttöön oli varsin selvästi havaittavissa.

Huumausaineisiin ja niiden käyttöön viittaavia termejä kuten ”piri”, ”kiskominen”, ”vetäminen” tai ”laskut”, ilmeni lääkestimulanttien kohdalla myös niissä tapauksissa, missä puhuja itse oli diagnosoitu ja kuuluu näin ollen lääkehoidon piiriin. Huumausaineen käyttöön viittaavien termien valinta liittyi monesti siihen, pyrkikö keskustelija asemoitumaan diagnoosinsa mukaan vai kuvaamaan itseään muiden osallistujien kaltaisena päihteenkäyttäjänä. Lääkestimulanttien määrittelyä osana huumausaineita tapahtui tältä osin myös tilanteissa, joissa keskustelija oli aiemmin pyrkinyt asemoitumaan lääkehoidon tai -käytön alueille. Viesti saattoi siis lähteä liikkeelle omakohtaisen diagnoosin esiintuomisella, mutta siirtyä käyttäjälähtöiseen ilmaisutapaan kerronnan edetessä, asettaen samalla lääkkeen ja lääkityksen tältä osin osaksi huumekeskustelua tai huume puhetta. Aiemmasta diagnoosiin ja lääkekäyttöön liittyneestä puheesta riippumatta käyttöä ja käytettävää ainetta kuvaavat sanavalinnat sekä asemoituminen keskustelussa päihdekäytön mukaisesti viittasivat tapaan, jolla lääke määrittyi päihteenä tai huumausaineena.

### 9.3. Diagnoosin merkitys stimulanttien käytössä

Puhtaasti päihdelähtöisessä puheessa suhtautuminen stimulanttien käyttöön saattoi saada ajoittain yllättävän kielteisiä piirteitä. Näissä keskusteluissa viittaukset stimulanttien ei-toivottuihin vaikutuksiin saattoivat saada merkittävän roolin käydyssä keskustelussa. Vertailukohteen ollessa jokin muu väärinkäytön mahdollistava lääke, oli stimulanttien käyttöä seuraavasta epämiellyttävästä olotilasta eli laskuista mainitseminen varsin yleistä. Lääkestimulanttien vaikutusten yhdenmukaistaminen huumausaineiden vaikutusten kanssa antoi niin ikään viitteitä tavasta suhtautua sekä määritellä lääke ja huumausaine toisiinsa verrattavissa olevina aineina.

Vaikka stimulantit näyttäytyvät ajoittain kielteisessä valossa, saattoivat diagnoosi ja resepti näyttäytyä tavoiteltavana etenkin silloin, jos stimulanttien käyttöön liittyvää kokemusta oli jo ennalta. Koska diagnoosi vaatii monesti normaalia perusteellisempaa arviointia, näyttäytyi käyttöluvan kaltaisesti kuvaillun reseptin hankkiminen aikaa vievänä projektina, jossa epäonnistumisen oli varsin mahdollista, ellei todennäköistä. Onnistumisesta seuraava hyöty näyttäytyi kuitenkin ”kinuamisen” ja vaivan arvoisena asiana. Perusteettomasti hankitut diagnoosit ja viihdekäyttöön tarkoitettu lääkitys liitti tältä osin ADHD:n oireyhtymänä osaksi laajempaa stimulanteista ja huumeista käytävää keskustelua.

ADHD:n tai ADD:n mukaan tuominen osaksi stimulantteihin liittyvää keskustelua oli niin ikään hyvinkin yleistä. Vaikka ADHD:n liittäminen keskusteluun sijoittaa osaltaan metyyylifenidaatin ja deksamfetamiinin kaltaisia lääkestimulantteja osaksi lääketieteellistä tai hoitomenetelmään sidoksissa olevaa puhetta, asemoituu ADHD käsitteenä osaksi huume puhetta ja päihhteistä käytävää keskustelua. Diagnoosin tavoiteltavuuden voikin nähdä tekijänä, joka hämärtää huumausaineen ja lääkkeen rajaa, sekä samalla liittää tarkkaavaisuushäiriöt oireyhtyminä osaksi huumeista käytävää keskustelua. Stimulanttien käytön perustelua ADHD:n tai ADD:n kautta esiintyi silloinkin, kun perusteet pohjautuivat käyttäjän omiin uskomuksiin ilman vaadittua neurologista kartoitusta. Perusteettomat diagnoosit, omavaltainen itsensä määrittely sekä stimulanttien käytön perusteleminen tarkkavaisuushäiriöllä toimivat osatekijöinä diagnoosien ja diagnosoitujen välille muodostuneeseen jakoon. Yhtäältä oikein toteutettu ja tarvittavat kriteerit täyttävä perusteellinen diagnoosi toimi stimulanttien lääkekäyttöön oikeuttavana ja siihen jopa kannustavana tekijänä. Toisaalta nopeasti toteutettujen kartoitusten ja diagnoosien aiheellisuus saatettiin asettaa kyseenalaiseen valoon. Tietoisesti viihdekäyttöön hankittujen, perusteettomien ja virheellisten diagnoosien osaksi kohdistui jopa paheksuntaa reseptin tavoiteltavuudesta huolimatta.

Diagnoosin aiheellisuuden ja aitouden asema näyttäisikin olevan keskeinen stimulanttien käyttöön liittyvä tekijä. Stimulanttien käytön perusteleminen ADHD:lla tai ADD:lla, sekä mahdolliseen lääkinnälliseen käyttöön vetoaminen saa osakseen hyväksyntää käsitellyn aineiston keskusteluissa. Näissä tapauksissa ADHD on nähtävissä poikkeavana piirteenä, mutta poikkeavuus liittyy tältä osin juuri stimulanttien käyttöön oikeuttavana tekijänä. Stimulanttilääkityksestä saatujen hyötyjen korostaminen ja niistä seuranneiden muutosten rinnastaminen aiempaan hallitsemattomaan elämään asettivat stimulantit läkehoidon alueelle. Aineistossa esiintyneissä tapauksissa stimulanttilääkityksen hyötyjen korostamiseen sisältyi lääkityksen aloittamiseen kannustavia piirteitä. Kannustavien kommenttien tarkoituksena oli nähtävissä epävarmuuden tai lääkityksen aloittamiseen liittyvien mahdollisten pelkojen helpottaminen, mikäli odotettavissa oli aiheellinen diagnoosi. Niin ikään näissä tapauksissa ei lääkityksen aloittajan taustalta ollut ainakaan suoraan havaittavissa aiempaa stimulanttien käyttöä.

#### **9.4. Oletus leimautumisesta**

Tutkielmani yksi lähtökohtaisista oletuksista koski niin ADHD:n tai ADD:n kuin sen lääkitykseen liittyvää mahdollista sosiaalista leimautumista eli stigmatisaatiota. Leimautumista ja sen pelkoa varmasti tapahtuu ja mahdollisuus siihen on olemassa. Käsittelemässäni aineistossa suoranaiseen leimautumiseen liittyvää puhetta ilmeni verrattain vähän.

Aineistossa esiintyneet viitteet mahdollisesta leimautumisesta liittyivät lähinnä tilanteisiin, joissa argumentit koskettivat sitä, kuinka, milloin ja millä perustein itsensä määrittäminen ADHD:ksi tai ADD:ksi on hyväksyttävää tai perusteltua. Tässä yhteydessä viitteitä leimaamisesta oli havaittavissa niin oireyhtymän kuin siihen liitetyn stimulanttien käyttötavan mukaan. Hyväksytty, perusteltu sekä oikeutettu stimulanttien käyttö tapahtui viittaamalla olemassa olevaan tai oletettuun tarkkaavaisuushäiriöön, ja vaatii käsitellyn aineiston pohjalta myös perusteellista ja oikein toteutettua diagnoosia. Tapaukset joissa diagnoosin aiheellisuus kyseenalaistui, saattoivat sisältää vankkaa kritisointia tavasta oikeuttaa stimulanttien käyttöä ADHD:n tai ADD:n kautta. Näissä tapauksissa ilmeni niin ikään suoraviivaisia, leimaaviksi luokiteltavia määritelmiä oireyhtymään vetoajista, sekä erottelua diagnosoitujen välille.



Selvissä väärinkäyttöön sekä oletetusti perusteettomaan diagnoosiin viittaavissa tapauksissa lääkkeenkäyttäjiin saatettiin viitata sähköjäniksinä, joiden tarkoitusperät ADHD:ksi määrittymisessä liittyivät ainoastaan pyrkimykseen oikeuttaa omaa pirin eli stimulanttien käyttöään. Näissä tapauksissa esille saatettiin nostaa myös diagnoosin tarkkuus ja pätevyys. Sähköjäniksiksi määriteltuihin tai leimattuihin, pirin käyttöään oikeuttaviin tapauksiin liitettiin monesti myös kyseenalainen parissa tunnissa toteutettu ”rasti ruutuun”- tyyppinen vaillinaiseen kartoitukseen pohjautuva diagnoosi. Leimautuminen ja leimaaminen liittyivät käsitellyssä aineistossa ennemminkin tapauksiin, joissa ADHD tai ADD nähtiin perusteettomana ja keksittynä keinona tehdä oma reseptinalainen tai sen ulkopuolinen laittoman huumausaineen käyttö hyväksyttäväksi. Leimautumista tässä yhteydessä osoittaa tehtyyn kahtiajakoon liittyvä vastareaktio. Pelko leimautumisesta ja sijoittumisesta kyseenalaistettuun selittelijöiden ja oikeuttajien ryhmään on nähtävissä tarpeena korjata kahtiajakoon liittyviä perusteita.

## 9.5. Lopuksi

Tutkielmani keskeisenä ja ehkäpä hieman yllättävänä piirteenä ilmeni ADHD- ja ADD-oireyhtymien voimakas yhteys päihteisiin. Vaikka oireyhtymiin sisältyy normaalia suurempi herkkyys riippuvuuksien syntyyn ja liitännäisoireina ilmenee päihteiden käyttöä, ovat ADHD ja ADD vakiinnuttaneet paikkansa päihdekeskustelussa. Vakiintuneen aseman perusteena voi nähdä juuri lääkityksen ja laittomien stimulanttien samankaltaisuuden. ADHD:n ja ADD:n asemaan liittyy kuitenkin keskeisesti tapa, jolla niiden kautta oikeutetaan ja tehdään hyväksyttävämmäksi stimulanttien käyttöä. Yleistynyt tapa nopeasti tehtyjen kartoitusten ja diagnoosien osalta saattaa kuitenkin entisestään lisätä stimulanttilääkkeiden väärinkäyttöä. Samalla kynnys kartoitukseen hakeutumisesta saattaa diagnoosin ja sen mahdollistaman laillisen stimulanttien käytön myötä madaltua. Mahdollisella aiheettomien diagnoosien yleistymisellä ja siihen liittyvällä lääkestimulanttien väärinkäytöllä sekä stimulanttilääkkeiden päätyemisellä laittomille päihdemarkkinoille saattaa olla vaikutusta myös yleisempään, ADHD:ta ja ADD:ta koskevaan asennoitumiseen. Lieneekin syytä miettiä, mitä pikaisesti toteutetuilla diagnooseilla taloudellisten hyötyjen lisäksi saavutetaan ja mitä mahdollisia seurauksia sillä on. Jatkoa ajatellen mahdollinen tutkimus ADHD- ja ADD-diagnosoitujen itsensä kokemuksista suhteessa yleisiin stimulanttilääkkeisiin liitettyihin käsityksiin saattaakin olla aiheellinen oireyhtymän päihteisiin liittyvän vakiintuneen aseman johdosta.

## Lähteet

Dufva, Virpi & Koivunen, Mirjami. (toim.) (2012) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.

Goffman, Erving. (1990, alkup. 1963) Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books.

Hansen, Dana Lee. & Hansen, Ebba Holme. (2006). Caught in a Balancing Act: Parents' Dilemmas Regarding Their ADHD Child's Treatment With Stimulant Medication. Qualitative Health Research 16:9, 1267–1285.

Harré, Rom (1983) Personal Being. A Theory for Individual Psychology. Oxford. Basil Blackwell.

Jokinen, Arja (2006) Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 37–53.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2004) Diskursiivinen maailma – Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 17–47.

Korkeila, Jyrki. & Tani, Pekka (2005) Tarkkaavaisuushäiriö aikuisiässä. Duodecim 121:2, 153–160.

Kuusela, Pekka (2001) George Herbert Mead – Pragmatismi ja sosiaalipsykologia. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Tampere: Vastapaino, 61-78.

Lahti, Tuuli & Leppimäki, Sami & Tani, Pekka & Partonen, Timo (2008) Aikuisten ylivilkkaus-tarkkaavuushäiriön lääkehoito. Suomen Lääkärilehti 63:8, 741–744.

Lehtokoski, Anne (2004) Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Lehtokoski, Anne (2012) Omien vahvuuksien löytäminen – vinkkejä ADHD-oireisille aikuisille ja heidän lähipiirilleen. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 267–282.

Leppimäki, Sami (2012a) ADHD:n alatyypit ADD. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 45–50.

Leppimäki, Sami. (2012b) Aikuisen ADHD. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 253–266.

Mead, George Herbert. (1962). Mind, self and society. From the standpoint of a social behaviorist. Edited and with an Introduction by Charles W. Morris. Chicago: The University of Chicago Press.

Michelsson, Katarina & Miettinen, Kaija & Saresma, Ulla & Virtanen, Pirkko (2003) AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Moilanen, Irma (2012) ADHD. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 35–44.

Niemelä, Asko & Leppimäki, Sami & Aalto, Mauri. & Rapeli, Pekka. & Holopainen, Antti. & Tani, Pekka. & Laurema, Hannu. (2010). ADHD ja päihteet. Suomenlääkärilehti 65:13-14, 1212–1217.

Pietikäinen, Sari & Mäntynen, Anne (2009) Kurssi kohti diskurssia. Tampere: Vastapaino.

Raevuori, Anu (2012). Nuoren ADHD. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 211–230.

Schubert, Sarah J. & Hansen, Susan & Dyer, Kyle R. & Rapley, Mark. (2009). ‘ADHD patient’ or ‘illicit drug user’? Managing medico-moral membership categories in drug dependence services. Discourse & Society 20:4, 499–516.

Suominen, Sauli (2012) ADHD – sosiologinen näkökulma. Teoksessa Virpi Dufva & Mirjami Koivunen (toim.) ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus, 65–75.

Suoninen, Eero (2004) Mistä on perheenäidit tehty? – Haastattelupuheen analyysi. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 111–150.

Suoninen, Eero (2006) Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 17–36.

Ylijoki, Oili-Helena (1998) Akateemiset heimokulttuurit ja noviisien sosialisatio. Tampere: Vastapaino.

# Liitteet

## Liite 1, Tutkimuslupa



A-klinikkasäätiö

### TUTKIMUSLUPA

Olli Härmä

Pro gradu -työn *Käsityksiä psykostimulanteista hoitomenetelmänä ja päihteenä*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 17.12.2015, toteuttamiselle Päihdelinkki-verkkopalvelussa myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta on puoltanut kehittämisjohtaja Ari Saarto.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön eettisen toimikunnan sekä kehittämisyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

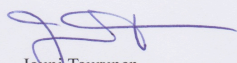
Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

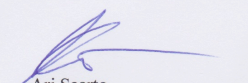
Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämäänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämisyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 16.3.2016

  
Jouni Tourunen  
tutkimuspäällikkö, YTT

  
Ari Saarto  
kehittämisjohtaja  
eettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 2 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta  
Kehittämisyksikkö



Liite 2, Kuva



Copyright © 2016, Olli Härmä